



**DEVELOPPER LES PARCOURS RESIDENTIELS DES  
PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE  
ACCUEILLIES EN FOYER D'HEBERGEMENT**

*Céline USCLADE*

2015

*cafdes*



---

# Remerciements

---

À ma famille et mes amis, pour leur soutien et encouragements tout au long de cette formation.

À ma conseillère-expert, pour sa grande disponibilité et ses nombreux conseils durant la guidance de ce mémoire.

Au directeur du pôle accueils et soins psychiques de l'association Aurore, parce qu'il m'a permis de comprendre l'importance de la temporalité dans le management du changement.

À tout le personnel du foyer d'hébergement « résidence Apollinaire » pour les échanges passionnés et passionnants que nous avons eus ; mais aussi aux résidents pour leur accueil et leur gentillesse.

À l'IRTS de Paris, son emblématique responsable de formation, ses intervenants, ses référents de formation et de mémoire, pour la qualité de leurs interventions, le partage de leurs vécus et pour leurs accompagnements.

À mes collègues de formation, pour la diversité de nos échanges grâce à nos parcours pluridisciplinaires mais aussi pour les nombreux fous rires qui ont jalonné nos regroupements.

À tous ceux et celles qui ont, d'une manière ou d'une autre, fait évoluer mon projet : de la reconversion à la formation, de mon sujet de mémoire à mon avenir professionnel.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1 LE HANDICAP PSYCHIQUE, DE L'ÉVOLUTION DES POLITIQUES PUBLIQUES À L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Le handicap psychique en France et dans le monde.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 De la maladie mentale au handicap psychique .....	3
1.1.2 Un handicap de toutes les complexités .....	8
1.1.3 Des changements de regard sur le handicap psychique.....	12
<b>1.2 Les foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés .....</b>	<b>15</b>
1.2.1 Mission et avenir des foyers d'hébergement .....	15
1.2.2 L'accompagnement social et médico-social .....	18
1.2.3 Nouveaux dispositifs, nouveaux modes d'accompagnement.....	19
<b>1.3 L'association Aurore dans le champ du handicap.....</b>	<b>21</b>
1.3.1 Une association contre toutes les formes d'exclusion .....	21
1.3.2 Une organisation adaptée au développement associatif.....	23
1.3.3 Le pôle accueils et soins psychiques.....	24
<b>2 UN FOYER D'HÉBERGEMENT AU CŒUR DES CHANGEMENTS.....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Le foyer d'hébergement « résidence Apollinaire ».....</b>	<b>27</b>
2.1.1 Présentation du foyer d'hébergement.....	27
2.1.2 L'organisation de l'établissement.....	28
2.1.3 L'accompagnement médico-social au sein de l'établissement.....	30
<b>2.2 La population accueillie à la résidence Apollinaire.....</b>	<b>33</b>
2.2.1 Les résidents du foyer d'hébergement .....	33
2.2.2 Les résidents sortant du foyer d'hébergement .....	35
2.2.3 Les résidents entrant au foyer d'hébergement .....	37
<b>2.3 Une évolution des besoins à prendre en compte.....</b>	<b>38</b>
2.3.1 Le logement, un droit fondamental pour tous .....	38
2.3.2 Le développement du parcours résidentiel.....	40
2.3.3 Avoir un logement ne veut pas dire habiter un lieu.....	43
<b>2.4 Enjeux et leviers pour la résidence Apollinaire .....</b>	<b>46</b>
2.4.1 La situation externe .....	46
2.4.2 La situation interne .....	47

2.4.3	Présentation de la problématique.....	49
<b>3</b>	<b>LE FOYER D'HÉBERGEMENT, UNE ÉTAPE DANS UN PARCOURS DE VIE</b>	<b>53</b>
<b>3.1</b>	<b>Présentation du projet .....</b>	<b>53</b>
3.1.1	Repenser les objectifs et les moyens .....	53
3.1.2	Des préalables indispensables avant la mise en œuvre du projet.....	55
3.1.3	Le projet d'extension « hors les murs » .....	61
<b>3.2</b>	<b>Les changements à prévoir dans le cadre du projet .....</b>	<b>65</b>
3.2.1	Pour les personnes accueillies .....	65
3.2.2	Concernant les ressources humaines .....	66
3.2.3	L'ajustement du budget .....	69
<b>3.3</b>	<b>L'évaluation du projet .....</b>	<b>70</b>
3.3.1	Une évaluation continue avec le plan d'amélioration de la qualité .....	70
3.3.2	Du projet d'extension « hors les murs » .....	71
3.3.3	Au final, l'évaluation externe .....	73
<b>3.4</b>	<b>Plan de communication et échéancier du projet.....</b>	<b>75</b>
3.4.1	La communication interne .....	75
3.4.2	La communication externe .....	76
3.4.3	Échéancier .....	77
	<b>Conclusion .....</b>	<b>81</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>83</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH	Allocation aux adultes handicapés
AGAPSY	Associations gestionnaires pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique
AML	Accompagnement et maintien dans le logement des personnes en situation de handicap psychique
AMP	Aide médico-psychologique
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
CAFDESI	Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CE	Comité d'entreprise
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CIF	Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé
CIH	Classification internationale des handicaps
CMP	Centre médico-psychologique
CNSA	Caisse nationale des solidarités et de l'autonomie
CVS	Conseil de la vie sociale
DASES	Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DOREMA	Documentation et recherche en marketing
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRIHL	Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESAT	Établissements et services d'aide par le travail
ETP	Équivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FFSA	Fédération française du sport adapté
GEM	Groupe d'entraide mutuel
GRIM	Groupement la Roche, Industrie service, Messidor

HLM	Habitation à loyer modéré
IRP	Instance représentative du personnel
IRTS	Institut régional de travail social
ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
NR	Non renseigné
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des nations unies
PAQ	Plan d'amélioration de la qualité
PE	Projet d'établissement
PS	Projet de service
PUCA	Plan urbanisme construction architecture
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SMIC	Salaires minimum interprofessionnel de croissance
SROMS	Schéma (régional) d'organisation médico-sociale
UE	Union européenne
UNAFAM	Union nationale des amis et familles de malades psychiatriques
UNAFOD	Union professionnelle du logement accompagné
VAD	Visite à domicile

## Introduction

Après avoir travaillé plusieurs années dans le secteur du tourisme, une nouvelle orientation professionnelle m'est apparue comme nécessaire. Être directrice d'établissement hôtelier ne suffisait plus à mon épanouissement professionnel. J'avais besoin de redonner du sens à mon travail et de participer à des projets avec des valeurs plus humanistes.

J'ai fait le choix d'une formation professionnelle sanctionnée par le Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDESI). Connue et reconnue dans le secteur, cette formation de par son fonctionnement en alternance me permettait surtout d'effectuer de nombreux stages professionnels.

C'est lors de ces stages que j'ai pu affiner mon projet professionnel : diriger un établissement qui accueille des adultes en situation de handicap psychique et qui a pour mission leur insertion ou réinsertion socioprofessionnelle.

L'usage du terme médico-social « correspond au besoin de disposer d'un concept charnière entre le social et le sanitaire [puisqu'il désigne] les interventions qui se situent à la frontière des deux champs sanitaire et social »<sup>1</sup>.

Les personnes avec des troubles psychiques sont à la jonction de ces trois secteurs, de par leur maladie mais aussi des conséquences de cette dernière sur leur vie quotidienne. En effet, les troubles psychiques sont évolutifs et variables et c'est donc « à partir du moment où tel individu hospitalisé se stabilise [...] dans ses difficultés que son orientation vers le secteur médico-social peut se justifier »<sup>2</sup>. Et à l'inverse, si besoin est, la personne peut être à nouveau hospitalisée.

« Le cloisonnement institutionnel bien réel n'empêche pas toujours la circulation d'une même personne dans plusieurs dispositifs, voire entre ces dispositifs »<sup>3</sup>. Mais qu'en est-il de la circulation des personnes avec des troubles psychiques entre les secteurs médico-social et social ?

L'association Aurore gère depuis sa création un foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés qui accueille justement des personnes avec des troubles psychiques. Lors de mon stage professionnel dans cet établissement, j'ai pu constater qu'il y avait peu de sorties en logement autonome, alors même que ce besoin était clairement exprimé par

---

<sup>1</sup> CAMBERLEIN P., 2011, *Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France*, Paris : Dunod, p. 12.

<sup>2</sup> JAEGER M., 2006, *L'articulation du sanitaire et du médico-social*, Paris : Dunod, pp. 60-61.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 61.

certaines résidents. Je me suis donc questionnée à ce sujet : est-ce un besoin récent et pourquoi l'établissement n'y répond-il pas ?

Dans une société qui lutte contre l'exclusion sous toutes ses formes et qui se veut inclusive, je m'interroge sur la place des foyers d'hébergement par rapport aux évolutions des politiques publiques de ces dernières années. L'insertion par le logement fait-elle partie de la mission des foyers d'hébergement qui est l'insertion ou la réinsertion socioprofessionnelle ?

Et si oui, **comment l'établissement peut-il favoriser l'accès puis le maintien dans un logement autonome des personnes en situation de handicap psychique qu'il accueille ?**

Dans le cadre du mémoire, je me projette comme directrice du foyer d'hébergement « résidence Apollinaire » même si ce poste n'existe pas. Je ne traiterai pas ma prise de fonction à ce poste mais plutôt de l'opportunité pour l'établissement d'interroger l'adéquation entre les besoins et attentes des personnes accueillies et les solutions proposées par le foyer d'hébergement, suite à mes différents constats.

Dans la première partie de ce mémoire, j'expliquerai ce qu'est le handicap psychique en France et dans le monde, puis je présenterai les foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés et pour finir l'association Aurore dans le champ du handicap.

Ensuite, dans la deuxième partie, je présenterai le foyer d'hébergement « résidence Apollinaire » et le public accueilli, puis j'aborderai les nouveaux besoins identifiés et le diagnostic de la situation sur lequel je fonde la problématique de ce mémoire.

Dans la troisième et dernière partie, je présenterai le projet et les changements à prévoir, puis j'aborderai l'évaluation de ce projet ainsi que le plan de communication et l'échéancier prévisionnel.

# 1 LE HANDICAP PSYCHIQUE, DE L'ÉVOLUTION DES POLITIQUES PUBLIQUES À L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES

## 1.1 Le handicap psychique en France et dans le monde

### 1.1.1 De la maladie mentale au handicap psychique

#### A) Reconnaissance du handicap psychique

Depuis la naissance de la psychiatrie et plus particulièrement après la seconde guerre mondiale, les médecins ont compris que la maladie mentale entraînait un certain nombre de « désavantages sociaux liés aux troubles psychiques ». Dans leurs réflexions de l'époque, les psychiatres mettaient déjà en avant le fait que « la maladie mentale affecte la personne dans sa globalité [et que], à défaut d'être guéris, les malades mentaux peuvent être réadaptés et garder ainsi une "valeur sociale" »<sup>4</sup>.

Dans les années 1960, certains événements majeurs vont faire évoluer l'approche psychiatrique des malades mentaux en dehors de l'hôpital. D'une part, la sectorisation avec la circulaire du 15 mars 1960 (1960-03) va permettre de privilégier « l'intégration du patient dans la cité [avec en parallèle] le nombre de lits [qui] a presque diminué de moitié » à partir des années 1970<sup>5</sup>. D'autre part, la mise sur le marché de nouveaux médicaments comme les neuroleptiques vont permettre de réduire les symptômes et de stabiliser la maladie avec pour conséquence de « reconnaître que la maladie mentale appelle une réponse de très long cours qui ne se limite pas à la mise en œuvre d'une stratégie de réadaptation de court terme »<sup>6</sup>.

Au niveau mondial, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit en 1980 la notion de handicap par l'intermédiaire de la Classification internationale des handicaps (CIH) selon Philip Wood. Elle distingue trois classifications :

- « les déficiences relatives à toute altération du corps ou de l'apparence physique, ainsi qu'à une anomalie organique ou fonctionnelle, [...] les déficiences constituent des troubles manifestés au niveau de l'organe ;
- les incapacités, qui reflètent les conséquences de déficiences en termes d'activité fonctionnelle de l'individu ; les incapacités représentent donc des perturbations au niveau de la personne elle-même ;

---

<sup>4</sup> HENCKES N., 2009, « Handicap psychique et vie quotidienne », *Revue française des Affaires sociales*, 63<sup>ème</sup> année, p. 25.

<sup>5</sup> ROBILIARD D., *Examen du rapport d'information établi en conclusion des travaux de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*, décembre 2013, pp. 26-27.

<sup>6</sup> HENCKES N., art. cit., p. 34.

- les désavantages se rapportent aux préjudices résultant, pour l'individu, de sa déficience ou de son incapacité ; ils reflètent l'adaptation de l'individu et l'interaction entre lui et son milieu. »<sup>7</sup>

En France, c'est la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (75-534) qui a permis « la reconnaissance législative du concept de handicap, sans toutefois apporter de définition de cette notion »<sup>8</sup>. Gérard Zribi affirme que « les handicaps psychiques sont [...] des handicaps réels, dans la mesure où ils illustrent un lien durablement perturbé entre la personne et son environnement social et réclament des aides sociales, médicales et psychologiques de longue durée »<sup>9</sup>. Pourtant la loi du 30 juin 1975, qui définit le handicap au sens large, « exclut implicitement le handicap psychique » puisque le législateur à l'époque le considère « comme une maladie relevant de la psychiatrie »<sup>10</sup>.

En 2001, soit vingt ans plus tard, la Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) tente de « remédier à certaines insuffisances de la CIH en affirmant plus nettement les facteurs contextuels du handicap »<sup>11</sup>.

Des réflexions sont menées par la suite en France, portées par des associations de famille comme l'Union nationale des amis et familles de malades psychiatriques (UNAFAM). Cette dernière se bat depuis de nombreuses années pour que la notion de handicap psychique soit reconnue en tant que telle et faire « reconnaître [que] la diversité des besoins des patients, tant sur le plan psychique que sur celui de la vie quotidienne »<sup>12</sup> étaient mal pris en compte et, à tort, confondus avec ceux liés à un handicap mental.

---

<sup>7</sup> ZRIBI G., SARFATY J., 2008, *Handicapés mentaux et psychiques : vers de nouveaux droits*, Rennes : Editions EHESP, p. 7.

<sup>8</sup> *A quoi peut donc servir un nouveau terme face à un ancien problème ? Le cas du « handicap psychique »*, module interprofessionnel de santé publique, EHESP, 2013, p. 5.

<sup>9</sup> ZRIBI G., SARFATY J., *op. cit.*, p. 11.

<sup>10</sup> MILANO S., 2009, « Handicap psychique et vie quotidienne », *Revue française des Affaires sociales*, 63<sup>ème</sup> année, p. 19.

<sup>11</sup> ZRIBI G., SARFATY J., *op. cit.*, p. 8.

<sup>12</sup> *A quoi peut donc servir un nouveau terme face à un ancien problème ? Le cas du « handicap psychique »*, module interprofessionnel de santé publique, EHESP, 2013, p. 6.

Ce passage du terme maladie mentale à la notion de handicap psychique a été appuyé par des travaux ministériels dont le rapport Charzat en 2002 qui met en avant la faible évolution des mentalités concernant les représentations du handicap puisque :

- « On se représente encore souvent le handicap comme un attribut fixe et matérialisé de la personne [...]. De ce fait les handicaps “invisibles” restent très méconnus. »
- « On oppose encore souvent maladie et handicap. »
- « On définit encore souvent le handicap par sa cause »<sup>13</sup>.

Quelques années plus tard, le législateur va promulguer la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (2005-102). Cette loi donne une définition nouvelle du handicap : « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Par cette loi, la France reconnaît le handicap psychique en « mettant l'accent sur les impacts environnementaux et sociaux de la maladie, elle éloigne la personne atteinte de troubles psychiques de la catégorie de la folie et la fait entrer dans celle du handicap ». Pour toutes les personnes en situation de handicap, cette loi a été une avancée majeure dans « l'accès à tous les droits fondamentaux reconnus aux citoyens, dans tous les domaines de la vie en société »<sup>14</sup> et pose pour cela le principe de droit à compensation. Pour les personnes avec des troubles psychiques, cette loi leur permet de ne plus être « assignées au seul statut de malade. Sous réserve de la stabilisation de leur maladie, elles peuvent aussi prétendre au statut de personne handicapée et par conséquent au droit à compensation des conséquences de leur handicap »<sup>15</sup>. Dans la dynamique de la loi du 11 février 2005, « la reconnaissance du handicap psychique est renforcée par la mise en place du Plan de Santé Mentale [qui] fixe les axes forts en faveur des personnes souffrant de handicap psychique et encourage le développement des services d'accompagnement, la création de GEM, l'accès au logement et la mobilisation des dispositifs de travail protégé »<sup>16</sup>.

---

<sup>13</sup> CHARZAT M., *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*, mars 2002, p. 24.

<sup>14</sup> *A quoi peut donc servir un nouveau terme face à un ancien problème ? Le cas du « handicap psychique »*, module interprofessionnel de santé publique, EHESP, 2013, pp. 2-7.

<sup>15</sup> VIDAL-NAQUET P.A., 2009, « Handicap psychique et insertion sociale », *Vie sociale*, n°1, p. 14.

<sup>16</sup> *La reconnaissance légale du handicap psychique*, module interprofessionnel de santé publique, EHESP, 2009, p. 5.

## B) Caractérisation du handicap psychique

Le handicap psychique paraît difficile à définir parce qu'il varie d'une personne à une autre, parce que c'est un handicap invisible et parce que les personnes concernées sont souvent dans le déni des limites induites par leur maladie.

Le handicap psychique résulte le plus souvent de maladies mentales avec des conséquences importantes sur la vie quotidienne et l'insertion sociale et professionnelle des personnes. D'après le rapport Charzat, les maladies mentales les plus représentées sont les suivantes :

- « Les psychoses et notamment la schizophrénie sont caractérisées par une profonde perturbation de la pensée et des sentiments qui affectent la communication, la perception et le sens de soi, s'accompagnant de délire, et éventuellement d'hallucinations, et de repli sur soi, d'indifférence aux problèmes quotidiens. »
- « Les troubles dépressifs graves et les troubles maniaco-dépressifs sont caractérisés par des épisodes alliant l'humeur triste avec la perte de l'intérêt et du plaisir, prolongés et souvent récidivants, alternant éventuellement avec des épisodes d'agitation et d'exaltation extrême. »
- « Les troubles obsessionnels et compulsifs graves, amenant la personne à des actes répétitifs irrépressibles et à des rituels prolongés et épuisants, affectent également gravement la vie quotidienne et la vie sociale, de même que les phobies, ou encore les troubles anxieux s'accompagnant d'angoisse paroxystique. »
- Mais aussi d'autres affectations mentales comme l'autisme et les syndromes autistiques, etc.

Et ces différentes maladies ont pour conséquences un certain nombre de troubles parmi lesquels :

- « Troubles de la volition (impossibilité d'agir par incapacité à vouloir et décider, négativisme, ou au contraire incapacité à s'empêcher d'agir, compulsions obsessionnelles)
- Troubles de la pensée (idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées, lenteur ou appauvrissement de la pensée, délire)
- Troubles de la perception (hallucinations, déréalisation) »
- Mais aussi troubles de la communication, du comportement, de l'humeur, de la conscience, etc.

Michel Charzat précise que « les déficiences et incapacités ne sont pas semblables, mais les conséquences sociales sont du même ordre », entraînant de nombreuses incapacités dans la vie quotidienne de la personne mais aussi dans ses relations sociales, professionnelles, etc. Malgré cela, il a tenté de caractériser le handicap psychique par un

certain nombre de constantes : stigmatisation, souffrance de la personne, fragilité/vulnérabilité, isolement et rupture du lien social, variabilité/durabilité, etc.<sup>17</sup>

Il paraît alors évident que « le handicap psychique touche la personne dans son intégralité et met en cause son identité »<sup>18</sup> et qu'une « réponse exclusivement sanitaire ne suffit pas du fait de la triple dimension des troubles psychiques : médicale, psychologique et sociale »<sup>19</sup>.

### C) Handicap psychique et santé mentale

L'OMS définit la santé mentale par « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de la communauté. Il s'agit donc d'une acception large qui recouvre une approche globale de la personne dans son milieu de vie [et il faut donc distinguer] la prise en charge de troubles psychiatriques de la question de la santé mentale, concept qui relève plus d'une approche sociale que médicale »<sup>20</sup>.

Le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être de 2008 reconnaît que « la santé mentale est un droit de l'homme [...] indispensable à la santé, au bien-être et à la qualité de vie. Il rappelle aussi que « les troubles mentaux [...] sont un poids pour les systèmes de protection sociale, le secteur de la santé et de l'éducation, l'économie et le marché du travail de l'UE ».

Ce Pacte a convenu entre autres qu'une « volonté politique ferme est nécessaire pour hisser la santé mentale et le bien-être au rang des grandes priorités » et qu'il faut « promouvoir la santé mentale et le bien-être des citoyens de tous les groupes socio-économiques et de toutes les classes d'âge, appartenances ethniques et sexuelles ».

Pour finir, ce Pacte définit cinq domaines d'actions prioritaires qui sont la prévention de la dépression et du suicide ; la santé mentale chez les jeunes et dans le système éducatif ; la santé mentale sur le lien de travail ; la santé mentale des personnes âgées ; et la lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sociale.

En France, c'est le Plan psychiatrie et santé mentale de 2011-2015 qui fait référence à la santé mentale en visant « à améliorer les réponses qu'apporte le système de santé aux troubles mentaux [et en précisant lui aussi que] la santé mentale doit être un domaine

---

<sup>17</sup> CHARZAT M., *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*, mars 2002, pp. 27-29.

<sup>18</sup> *A quoi peut donc servir un nouveau terme face à un ancien problème ? Le cas du « handicap psychique »*, module interprofessionnel de santé publique, EHESP, 2013, p. 6.

<sup>19</sup> ZRIBI G., BEULNE T., 2009, *Les handicaps psychiques : concepts, approches, pratiques*, Rennes : Presses de l'EHESP, p. 16.

<sup>20</sup> ROBILIARD D., *Examen du rapport d'information établi en conclusion des travaux de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*, décembre 2013, p. 9.

prioritaire des politiques de santé »<sup>21</sup>. Ce Plan considère que la santé mentale comporte trois dimensions dont « les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants »<sup>22</sup>.

### 1.1.2 Un handicap de toutes les complexités

#### A) Une notion qui ne fait toujours pas consensus

Jean-Yves Barreyre considère que l'« expression [...] n'est définie nulle part de manière consensuelle, même pas dans la législation » car même si la loi du 11 février 2005 donne une nouvelle définition du handicap au sens large et reconnaît officiellement le handicap psychique, « la notion de "handicap psychique" n'est à aucun moment reprise en tant que telle dans les 101 articles de la loi »<sup>23</sup>. De plus, la loi du 11 février 2005 ne « donne aucune définition. Elle ne crée aucun dispositif propre au handicap psychique, ni pour l'évaluation des besoins ni pour leur satisfaction [mais cela] ne compromet pas la portée de la loi car celle-ci contient les conditions de son propre dépassement »<sup>24</sup>.

« Aucun consensus ne se dégage autour de cette nouvelle définition » et les avis sur la notion de handicap psychique divergent d'un acteur à l'autre avec par exemple :

- Pour les associations de familles : le terme permet la reconnaissance d'un handicap d'une population avec des besoins spécifiques, ce qui le différencie enfin du handicap mental.
- Pour les personnes avec des troubles psychiques : le terme leur paraît stigmatisant.
- Pour les psychiatres : le terme a, pour certains une connotation péjorative et pour d'autres, il résume bien la situation si on distingue bien la maladie du handicap<sup>25</sup>.

Les différents acteurs, à défaut de se mettre d'accord sur une définition commune, se sont quand même accordés à rechercher les points communs liés à cette notion de handicap afin de le différencier des autres. Ils en sont venus à la conclusion suivante : « Le handicap psychique se caractérise par une limitation de la participation sociale ayant pour origine des troubles d'ordre psychiatrique qui nécessitent une prise en charge

---

<sup>21</sup> Plan psychiatrie et santé mentale de 2011-2015, p. 2.

<sup>22</sup> *Ibid.*, p. 8.

<sup>23</sup> BARREYRE J.-Y., PEINTRE C., 2009, « Handicap psychique et insertion sociale », *Vie sociale*, n°1, p. 61.

<sup>24</sup> MILANO S., 2009, « Handicap psychique et vie quotidienne », *Revue française des Affaires sociales*, 63<sup>ème</sup> année, p. 23.

<sup>25</sup> *A quoi peut donc servir un nouveau terme face à un ancien problème ? Le cas du « handicap psychique »*, module interprofessionnel de santé publique, EHESP, 2013, pp. 7-9.

sanitaire importante ».

- Une limitation de la participation sociale : liés aux « conséquences sociales, professionnelles, et relationnelles » des troubles psychiques. Cette notion va dans le sens des différentes classifications du handicap. Par rapport à la caractérisation du handicap psychique, la limitation de la participation sociale peut être très différente d'un individu à un autre.
- Pour origine des troubles d'ordre psychiatrique : liés à « la nécessité d'une maladie d'ordre psychiatrique ». Dans le cas du handicap psychique, le diagnostic a donc toujours son importance afin de le distinguer du handicap mental.
- Prise en charge sanitaire importante : liée aux caractéristiques du handicap psychique. Les personnes avec des troubles psychiques « relèvent d'abord du soin » sans quoi aucun accompagnement médico-social de qualité n'est possible<sup>26</sup>.

Grâce à la loi du 11 février 2005, le handicap psychique est maintenant reconnu mais dix ans après la loi, il reste toujours méconnu. Cette reconnaissance administrative du handicap psychique a permis, pour les personnes avec des troubles psychiques, d'accéder à un certain nombre de droits nouveaux comme le droit à la compensation quelle que soit l'évolution des troubles. Pour autant, Gérard Zribi estime qu'il est « inadéquat d'utiliser cette terminologie de compensation des handicaps pour ce qui intéresse les handicaps [...] psychiques, dont les constituants sont complexes, pluriels, mobiles et peu isolables les uns des autres »<sup>27</sup>. En effet, la loi du 11 février 2005 a été d'une grande avancée mais certaines limites demeurent encore :

- Un handicap mal évalué : l'évaluation du handicap par les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) reste inadaptée au handicap psychique car encore trop centrée sur les incapacités physiques et sensorielles.
- L'éligibilité à la prestation de compensation du handicap : elle est très peu utilisée car les besoins des personnes avec des troubles psychiques, par définition variables dans le temps, sont donc mal identifiés par les MDPH<sup>28</sup>.

---

<sup>26</sup> A quoi peut donc servir un nouveau terme face à un ancien problème ? Le cas du « handicap psychique », module interprofessionnel de santé publique, EHESP, 2013, pp. 11-14.

<sup>27</sup> ZRIBI G., SARFATY J., 2008, *Handicapés mentaux et psychiques : vers de nouveaux droits*, Rennes : Editions EHESP, p. 18.

<sup>28</sup> SEDRATI DINET C., février 2015, « Handicap psychique : reconnu, mais toujours méconnu », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2896, p. 29.

## B) Un handicap qui est difficile à estimer

Malgré les différentes classifications et enquêtes épidémiologiques, il paraît difficile d'estimer la prévalence du handicap au sens large, que ce soit dans le monde ou en France. Le handicap psychique présente, de plus, des spécificités qui compliquent son estimation : « il touche la personne dans sa subjectivité et sa conscience. Il est difficile de distinguer les symptômes de la maladie – qui relèvent d'une approche psychiatrique – et ses conséquences sur la vie quotidienne – qui relèveraient d'une approche en termes de handicap et de compensation »<sup>29</sup>.

Ces difficultés se font aussi ressentir au niveau régional, puisque « les données actuelles ne permettent pas d'appréhender précisément la réalité du handicap psychique en France. Parcellaires, ces données recensent un certain nombre de pathologies sans toutefois prendre la mesure exacte du type et du degré de handicap »<sup>30</sup>.

En effet, la DREES rencontre des difficultés pour « identifier les structures consacrées aux personnes souffrant de troubles psychiatriques de celles traitant de déficience intellectuelle »<sup>31</sup> et son enquête, réalisée tous les quatre ans, sur les établissements et services sociaux pour les personnes en situation de handicap s'en trouve inévitablement impactée.

Pour autant, un certain nombre de données chiffrées ressortent dans les différents documents exploités. Si elles portent à discussion, elles ont l'avantage d'offrir une vue d'ensemble de la situation. Au niveau mondial, l'OMS estime que :

- « Cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au 21<sup>ème</sup> siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs »<sup>32</sup>.
- Une personne sur quatre souffrira de troubles mentaux au moins une fois dans sa vie.

Le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être de 2008 reconnaît que : « l'incidence des troubles mentaux est en hausse dans l'Union européenne. On estime actuellement à près de 50 millions, soit environ 11% des citoyens de l'UE, le nombre de personnes atteintes ».

---

<sup>29</sup> DELBECQ J., WEBER F., 2009, « Handicap psychique et vie quotidienne », *Revue française des Affaires sociales*, 63<sup>ème</sup> année, p. 7.

<sup>30</sup> Schéma d'organisation médico-sociale de l'Île-de-France 2012-2017, p. 91.

<sup>31</sup> ROBILIARD D., *Examen du rapport d'information établi en conclusion des travaux de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*, décembre 2013, p. 9.

<sup>32</sup> Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, p. 5.

Le Schéma d'organisation médico-sociale (SROMS) de l'Île-de-France 2012-2017 cite quelques chiffres sur les troubles psychiques en faisant appel à différentes ressources :

- Les troubles psychiques sévères concernent 3 à 5% de la population française (source : rapport sur la santé mentale).
- Une personne sur cent souffre de schizophrénie, soit 600 000 personnes en France (source : UNAFAM), corroborée par une autre source qui annonce qu'environ 1,1% de la population est touchée par la schizophrénie (source : Panel DOREMA. Étude Permanente de la Prescription Médicale Été 2003. Echantillon de 5 600 médecins informatisés)<sup>33</sup>.

### C) Un handicap source de stigmatisation, de discrimination et d'exclusion sociale

En 2001, Le rapport Piel-Roelandt constatait que, « le trouble mental est encore, synonyme d'exclusion sociale, et la honte associée redouble l'exclusion. La discrimination, l'ostracisme et la stigmatisation vis à vis des personnes souffrant de maladies mentales sont encore tellement forts dans notre pays, qu'il est très difficile pour le citoyen d'afficher et de vivre avec sa maladie ». Il expliquait cette situation par :

- « L'image de la psychiatrie et des patients psychiatriques dans le public est à la fois négative et ambivalente. Elle reste fortement liée en France à l'existence de l'hôpital psychiatrique et des notions d'enfermement qui l'entoure. »
- « Les [...] "malades mentaux" aujourd'hui sont perçus comme dangereux, et leurs actes et paroles comme échappant à toute considération rationnelle ». Ils sont toujours associés aux « conduites dangereuses (meurtre, viol, inceste, conduites violentes) », fortement relayées par les médias<sup>34</sup>.

Presque quinze ans plus tard, les mentalités semblent avoir peu évolué. Les troubles psychiques sont toujours sources de discriminations et d'exclusions sociales pour les personnes concernées et leurs familles.

Pour autant, la lutte contre les discriminations du handicap semble s'être amorcée. La Convention relative aux droits des personnes handicapées, adoptée en 2006 par l'Organisation des nations unies (ONU) et ratifiée par la France en 2010, définit la discrimination fondée sur le handicap par : « toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le handicap qui a pour objet ou pour effet de compromettre ou réduire à néant la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel, civil ou autres. La discrimination fondée sur le

---

<sup>33</sup> Schéma d'organisation médico-sociale de l'Île-de-France 2012-2017, p. 90.

<sup>34</sup> PIEL E., ROELANDT J-L., *De la psychiatrie vers la santé mentale*, remis à Mme Elisabeth GUIGOU, ministre de l'emploi et de la solidarité, juillet 2001, pp. 6-8 et 21-27.

handicap comprend toutes les formes de discrimination, y compris le refus d'aménagement raisonnable. »

En Europe, le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être de 2008 a fait de la lutte contre la stigmatisation et l'exclusion, l'un de ces cinq domaines prioritaires parce que « la stigmatisation et l'exclusion sociale, qui constituent à la fois les facteurs de risque et les conséquences des troubles mentaux, peuvent fortement entraver la demande d'aide et la guérison » ; éléments repris dans le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 en France.

### **1.1.3 Des changements de regard sur le handicap psychique**

#### A) De l'intégration à l'inclusion dans la société

En 2000, la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne « reconnaît et respecte le droit des personnes handicapées à bénéficier de mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté » (chap. III sur l'égalité, art. 26). Dans cet article, c'est la notion d'intégration qui est employée et le terme de handicap est utilisé au sens large mais ne concerne pas le handicap psychique, pas encore reconnu à l'époque en France.

En 2006, l'ONU, à travers la Convention relative aux droits des personnes handicapées, reconnaît que « la notion de handicap évolue et que le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ». Cette Convention reconnaît « à toutes les personnes handicapées le droit de vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes, et prennent des mesures efficaces et appropriées pour faciliter aux personnes handicapées la pleine jouissance de ce droit ainsi que leur pleine intégration et participation à la société » (art. 19 : autonomie et inclusion dans la société). Dans cet article, c'est encore la notion d'intégration qui est employée alors même que le titre de ce dernier fait référence à la notion d'inclusion. Le terme du handicap est aussi utilisé au sens large mais cette fois-ci le handicap psychique en fait partie puisque la loi française du 11 février 2005 le reconnaît.

C'est « sous l'impulsion de l'échelon européen, [que] le concept d'*inclusion sociale* se développe en se distinguant de celui d'*intégration* » ; en différenciant l'inclusion sociale qui sous-entend « une pleine participation de tous à la vie sociale » alors que l'intégration « préjuge [...] que la personne est différente, [et] qu'à ce titre elle est en marge de la vie

sociale »<sup>35</sup>. La notion d'intégration implique donc que c'est à la personne en situation de handicap qui doit s'adapter à son environnement, à l'inverse de la notion d'inclusion sociale.

En moins de dix ans, la notion d'une approche globale sanitaire, médico-sociale et sociale a fait son chemin. En France, cela s'est concrétisé par la loi du 11 février 2005. En plus d'offrir une nouvelle définition du handicap qui intègre celui lié aux troubles psychiques, cette loi a mis en œuvre une approche globale du handicap (psychique) avec le concept d'inclusion dans la société.

## B) En France aujourd'hui

Le Schéma d'organisation médico-sociale de l'Ile-de-France 2012-2017 rappelle, quelque soit le handicap mais d'autant plus vrai pour le handicap psychique, que « plus encore que le besoin de soins, la prise en charge médico-sociale implique d'examiner la situation de la personne dans sa globalité, en prenant en compte à la fois son projet de vie personnel, son état de santé, son autonomie dans la vie quotidienne, son environnement familial et social et ses ressources ». Cette approche globale ne peut se faire efficacement « qu'en adoptant une logique de complémentarité entre le médico-social, l'ambulatoire, l'hospitalier et le social »<sup>36</sup>. Le Schéma définit alors les objectifs suivants :

- organiser une offre médico-sociale adaptée et de proximité ;
- améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins des personnes.

Concernant la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique, le SROMS développe plusieurs pistes de réflexion pour l'améliorer parmi lesquelles la « collaboration entre le sanitaire et le médico-social sur le territoire [et] l'amélioration de l'accompagnement » dont l'accès au logement fait partie. Pour ce dernier, le Schéma précise que l'information sur « les dispositifs de réponse existant [...] pour les personnes handicapées psychiques est le plus souvent disséminée et difficilement accessible tant aux usagers qu'aux professionnels [et que] la question du logement revêt un aspect particulièrement crucial dans l'accompagnement des personnes handicapées psychiques »<sup>37</sup>.

Pour la ville de Paris, le Schéma départemental pour l'autonomie et la citoyenneté des parisiens en situation de handicap 2012-2016 rappelle que « de nombreux dispositifs [...] ont été développés depuis 2005 afin de faciliter dans une logique d'autonomie la vie des

---

<sup>35</sup> CAMBERLEIN P., 2011, *Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France*, Paris : Dunod, p. 22.

<sup>36</sup> Schéma d'organisation médico-sociale de l'Ile-de-France 2012-2017, pp. 7-8.

<sup>37</sup> *Ibid.*, pp. 93-94.

personnes en situation de handicap à domicile [mais qu'] à l'inverse, l'offre en établissement pour les adultes en situation de handicap demeure insuffisante ». Parmi les enjeux prioritaires, le Schéma départemental préconise de « développer et diversifier l'offre d'accueil en structure [afin de proposer des réponses] alternatives aux structures classiques d'hébergement [mais aussi de] favoriser la coordination des professionnels autour de la personne en situation de handicap à domicile »<sup>38</sup>.

En parallèle des Schémas régional et départemental, il existe le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Second plan depuis la loi du 11 février 2005, il met en avant « la primauté du droit commun [qui] concerne tout autant les soins somatiques que psychiatriques, l'accès aux droits, au logement, à l'emploi ». Inscrit dans le cadre du Pacte européen de 2008, il rappelle que le « caractère souvent chronique de ces maladies et des handicaps qu'elles entraînent, [...] imposent des prises en charge au long cours, pluridisciplinaires (sanitaires, médico-sociales et sociales), particulièrement bien coordonnées dans le temps et dans l'espace ». Il précise aussi que « cette dynamique de travail en réseau suppose une cohérence des actions entreprises et une stratégie forte de coordination des acteurs concernés »<sup>39</sup>.

### C) La notion de rétablissement

Apparu au cours des dernières années, la notion de rétablissement vient du mot anglais *recovery*. Bernard Pachoud<sup>40</sup> définit l'enjeu principal de cette notion comme étant : « le réengagement dans une vie active, l'optimisation des conditions de vie quotidienne et de vie sociale » de la personne avec des troubles psychiques. On passe donc d'une perspective centrée sur la maladie (rémission, guérison) à une perspective centrée sur la personne et son devenir. La question n'est plus uniquement médicale puisqu'elle sous-entend de prendre en compte :

- le changement de regard de la personne sur son handicap, ses limites mais aussi ses ressources, avec la part de subjectivité que cela suppose ;
- les facteurs environnementaux dont le soutien apporté à la personne.

Bernard Pachoud distingue deux conceptions du rétablissement avec chacune leurs fondements. D'une part, il y a la conception objective du rétablissement, qui met l'accent sur « les critères objectivables de stabilisation de la maladie [...], mais aussi de réinsertion socioprofessionnelle [...], et enfin sur les facteurs qui conditionnent ce

---

<sup>38</sup> Schéma départemental pour l'autonomie et la citoyenneté des parisiens en situation de handicap 2012-2016, pp. 35-52.

<sup>39</sup> Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, pp. 11-16.

<sup>40</sup> PACHOUD B., 2012, « Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes », *L'information psychiatrique*, vol. 88, n°4, pp. 257-266.

devenir ». D'autre part, il y a la conception expérientielle du rétablissement, qui repose sur les expériences vécues de rétablissement de malades. Cette conception met l'accent sur le fait que « le rétablissement est moins considéré comme un but, un état final désirable ou idéal [...], que comme une démarche, un processus dans lequel ce qui importe est de s'engager, puis de progresser ».

« Le rétablissement n'est donc pas d'abord affaire de soins, il est fondamentalement une démarche personnelle, exigeante, de longue haleine ». Si chaque parcours de rétablissement est différent, des étapes peuvent s'identifier :

- phase de moratoire : caractérisée par le déni, la confusion, le désespoir, le repli
- phase de prise de conscience : quant à la possibilité du rétablissement
- phase de préparation : inventaire de ses valeurs, de ses forces et faiblesses
- phase de reconstruction et de croissance : développement et consolidation du rétablissement

Cette démarche de rétablissement implique un rapport évaluatif à soi, donc le principe d'autodétermination de la personne accompagnée qui doit être respecté par l'entourage et recherché par les professionnels.

Pour conclure, Bernard Pachoud explique qu'il est « possible et souhaitable d'apporter un soutien à ce processus », les professionnels devront être dans la promotion de l'autodétermination mais le contexte français est profondément différent du « contexte anglo-saxon qui [...] a rendu possible l'émergence » de la notion de rétablissement. Il préconise de « mieux comprendre les résistances que rencontre cette perspective en France » mais aussi d'interroger « la finalité des soins en psychiatrie, [mais aussi des] pratiques médicosociales d'accompagnement ».

Tant sur le plan des politiques publiques que dans les pratiques, nous pouvons voir des déplacements à l'œuvre, des changements de regard, des pratiques soignantes qui évoluent.

## **1.2 Les foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés**

### **1.2.1 Mission et avenir des foyers d'hébergement**

#### **A) Le cadre législatif et règlementaire**

Les foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés n'ont pas de législation spécifique comme pour les établissements médicalisés par exemple. Néanmoins, ces structures relèvent des dispositions règlementaires applicables aux établissements médico-sociaux définis dans l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Comme tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux, ils relèvent de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (2002-2) et répondent aussi à la loi du 11 février 2005.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) n'a publié aucune recommandation spécifique aux foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés. En revanche, un certain nombre de ces recommandations s'appliquent à tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux comme par exemple *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement* (novembre 2009) ou *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée* (juin 2013).

#### B) Mission et conditions d'admission

Au départ, les foyers d'hébergement ont été développés dans le but principal d'assurer l'hébergement et l'entretien des travailleurs handicapés accueillis en Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT). Aujourd'hui, ils ont pour mission l'insertion ou la réinsertion socioprofessionnelle des personnes accueillies. Ils ne sont pas médicalisés, mais les résidents bénéficient, le soir et le week-end, d'un accompagnement et d'un encadrement par une équipe de travailleurs sociaux.

Les personnes adultes qui peuvent prétendre à l'entrée en foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés doivent répondre à plusieurs conditions :

- être reconnues en situation de handicap par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ;
- avoir une orientation en foyer d'hébergement délivrée par la CDAPH ;
- exercer en journée une activité à caractère professionnel en milieu protégé comme par exemple en ESAT ou en milieu ordinaire et donc bénéficier d'une Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

#### C) Le devenir des foyers d'hébergement

Le Schéma d'organisation médico-sociale de l'Île-de-France 2012-2017 recense 39 481 places en France dont 6,15% pour les troubles psychiques mais précise que la région est sous dotée en équipements et déséquilibrée selon le type de déficience ou le territoire<sup>41</sup>. Le Schéma départemental pour l'autonomie et la citoyenneté des parisiens en situation de handicap 2012-2016 confirme qu'il existe toujours un déficit en place en établissements

---

<sup>41</sup> Schéma d'organisation médico-sociale de l'Île-de-France 2012-2017, p. 45.

pour les adultes en situation de handicap, lié « à la situation foncière parisienne qui pénalise la finalisation de certains projets »<sup>42</sup>.

Fin 2010, il y avait en France 1 235 foyers d'hébergement dont 123 en Ile-de-France<sup>43</sup>. La MDPH rappelle qu'« à Paris, il n'y a actuellement aucun appel à projet concernant les foyers d'hébergement car, même si le nombre de demandes d'orientation est stable, certains foyers d'hébergement parisiens font face à des difficultés de remplissage »<sup>44</sup>.

Entre 2006 et 2011, l'évolution de l'offre parisienne montre que les foyers d'hébergements ont eu le nombre le plus bas de places créées : 67 contre 357 pour les Foyers d'accueil médicalisés (FAM) et 383 pour les Maisons d'accueil spécialisées (MAS)<sup>45</sup>.

Le SROMS de l'Ile-de-France 2012-2017 précise justement que son état des lieux doit « être affiné par l'examen des taux d'occupation des structures qui pourra révéler le besoin de restructuration du dispositif »<sup>46</sup>. Ces restructurations concerneront autant la capacité d'accueil par type de handicap que les modalités de prise en charge.

« Le secteur social s'est peu à peu transformé [...]. Composé essentiellement, il y a seulement une quinzaine d'années, d'institutions spécialisées uniformes et concentrées, il fourmille aujourd'hui d'une multitude de structures et de formules variées »<sup>47</sup>, et les foyers d'hébergement n'échappent pas à la règle. Le développement de modalités d'accueil alternatif, comme les logements diffus dans le milieu ordinaire, est la traduction concrète d'une plus grande prise en compte des besoins spécifiques et d'une volonté de développer des réponses moins institutionnalisées.

Le SROMS de l'Ile-de-France 2012-2017 rappelle que « la diversification des modes d'accueil alternatifs [...] remonte à la loi de 2002 mais sa mise en œuvre se heurte à des difficultés de financement et de fonctionnement » et précise aussi que « le manque de souplesse administrative exclut également la possibilité pour les usagers bénéficiant d'une orientation précise, de réaliser des essais avant d'intégrer une structure de façon durable »<sup>48</sup>.

Par conséquent, il propose dans ses orientations et recommandations d'« être attentif aux besoins des personnes [ce qui] nécessite par ailleurs une constante évolution des

---

<sup>42</sup> Schéma départemental pour l'autonomie et la citoyenneté des parisiens en situation de handicap 2012-2016, p. 38.

<sup>43</sup> MAKDESSI Y., MORDIER B., Les établissements et services pour adultes handicapés – résultats de l'enquête ES 2010, document de travail série statistiques DREES, n°180, mai 2013, p. 154.

<sup>44</sup> Source : entretien avec la directrice adjointe du pôle évaluation de la MDPH de Paris, 26 mai 2015.

<sup>45</sup> Schéma départemental pour l'autonomie et la citoyenneté des parisiens en situation de handicap 2012-2016, p. 38.

<sup>46</sup> Schéma d'organisation médico-sociale de l'Ile-de-France 2012-2017, p. 47.

<sup>47</sup> ZRIBI G., SARFATY J., 2008, *Handicapés mentaux et psychiques : vers de nouveaux droits*, Rennes : Editions EHESP, p. 70.

<sup>48</sup> Schéma d'organisation médico-sociale de l'Ile-de-France 2012-2017, p. 47.

structures qui est un gage de dynamisme de l'offre. Dans cette perspective, il convient donc de favoriser les actions innovantes afin d'accompagner les personnes fragiles dans les meilleures conditions »<sup>49</sup>.

### 1.2.2 L'accompagnement social et médico-social

#### A) De la prise en charge à l'accompagnement

Aujourd'hui encore, le terme de prise en charge est très largement utilisé « alors qu'il serait plus juste de parler de [...] prise en compte ». En effet, « la prise en charge ramène à la notion de fardeau lourd [...] qui cause de l'embarras » alors que la prise en compte est « une forme de considération »<sup>50</sup> qui tient compte de la personne, de ses besoins et de ses attentes. On parle alors d'accompagnement.

Le terme de l'accompagnement social est apparu dans les années 1990. « Il souligne la volonté réciproque du professionnel et de l'utilisateur de cheminer et partager sans esprit tutélaire ou de contrôle social, sur la base d'un contrat prenant en compte la situation sociale et personnelle de l'utilisateur, sujet de droit et acteur de son devenir »<sup>51</sup>. La notion d'accompagnement sous-entend que « l'accompagné est une personne en devenir, qui a un cheminement de vie [et donc] qui évolue, qui peut changer d'avis, de désir ou de projet, qui passe des caps », ce qui implique que « l'accompagnement doit tenir compte de la temporalité »<sup>52</sup>.

Mais l'accompagnement c'est aussi « l'atténuation de la solitude de la personne handicapée, la possibilité de compter sur quelqu'un. L'accompagnement c'est la sécurité que donne la présence, à côté de soi, d'une personne compétente et disponible »<sup>53</sup> mais nous oublions souvent qu'il ne peut y avoir accompagnement sans « négociation et compromis entre les deux partenaires de la relation »<sup>54</sup>.

#### B) L'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique

L'accompagnement doit tenir compte, concernant la personne accompagnée, de « ses capacités et ses limites, son environnement social, ses moyens, ses ressources et l'exercice de la citoyenneté »<sup>55</sup>.

Depuis de nombreuses années, l'UNAFAM milite pour un accompagnement adapté aux personnes en situation de handicap psychique. Avec d'autres associations, l'UNAFAM a

---

<sup>49</sup> Schéma d'organisation médico-sociale de l'Île-de-France 2012-2017, p. 143.

<sup>50</sup> CHOSSY J-F., *Passer de la prise en charge ... à la prise en compte*, novembre 2011, pp. 11-17.

<sup>51</sup> CAMBERLEIN P., 2011, *Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France*, Paris : Dunod, p. 19.

<sup>52</sup> STIKER H-J., 2009, « Handicap psychique et insertion sociale », *Vie sociale*, n°1, p. 58.

<sup>53</sup> STIKER H-J., PUIG J., HUET O., 2014, *Handicap et accompagnement*, Paris : Dunod, p. XIII.

<sup>54</sup> *Ibid.*, p. 146.

<sup>55</sup> Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, p. 10.

défini six éléments en matière d'accompagnement : des soins, des ressources, un logement, un accompagnement adapté, une protection juridique (si nécessaire), des activités (si la santé le permet)<sup>56</sup>.

Dans cette même dynamique, l'ANESM a publié une lettre de cadrage intitulée *Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques* dans l'objectif d'élaborer une nouvelle recommandation de bonnes pratiques professionnelles pour octobre 2015.

Cette recommandation a vocation d'identifier « les pratiques professionnelles qui concourent à une prise en compte des attentes et besoins spécifiques des adultes handicapés psychiques, qu'ils vivent dans un logement individuel ou un habitat collectif ». Les foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés, au même titre que de nombreux autres établissements et services sociaux et médico-sociaux sont concernés par cette future recommandation.

La lettre de cadrage rappelle que « les besoins en accompagnement varient d'une personne à une autre, et pour la même personne, dans le temps » et aborde un certain nombre de questionnements dont « l'adaptation, en continu, de l'accompagnement aux besoins et attentes des personnes » avec entre autres « le maintien et l'accès à l'habitat », qu'il soit collectif ou individuel. Dans cette partie, la lettre de cadrage met en avant l'importance d'un accompagnement adapté et accompagné puisqu'en « raison de leurs troubles, les personnes ne sont pas toujours en capacité de solliciter un accompagnement pour mener à bien leurs choix de vie relatifs à l'habitat ».

### **1.2.3 Nouveaux dispositifs, nouveaux modes d'accompagnement**

A) Un exemple suisse, à travers le projet AML-Europe

AML-Europe qui signifie « Accompagnement et maintien dans le logement des personnes en situation de handicap psychique : quelles pratiques professionnelles en Europe ? », est un projet européen qui a duré deux ans. Il a rassemblé plusieurs partenaires européens, dont la France, sur la problématique du logement des personnes en situation de handicap psychique. Un des axes de travail de ce projet était de partager les pratiques professionnelles des différents partenaires européens.

---

<sup>56</sup> CANNEVA J., 2009, « Handicap psychique et vie quotidienne », *Revue française des Affaires sociales*, 63<sup>ème</sup> année, p. 234.

En prenant l'exemple de la Suisse<sup>57</sup>, on peut constater que plusieurs associations ou fondations proposent un accompagnement au logement aux personnes en situation de handicap psychique comme par exemple la fondation Trajets.

Cette fondation, dans « une logique en escalier, comme celle de Housing First », propose différents dispositifs de logements en fonction de l'autonomie et du besoin d'accompagnement de la personne mais aussi de son projet et sans l'obligation de suivre « l'ordre de l'escalier de façon systématique ». Les dispositifs cités en exemple sont les suivants :

- Une structure résidentielle qui est « un dispositif d'hébergement et de formation centré sur les apprentissages à la vie autonome où l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques est quotidien » avec une présence 24h/24 des professionnels.
- Les appartements accompagnés qui sont « des appartements en colocation pour des personnes présentant des problématiques psychiques pour qui, dans leur parcours de vie, le logement individuel est prématuré ». Sous la forme « d'une étape d'expérimentation et de consolidation dans le parcours au logement, [la personne accompagnée va donc] pouvoir construire son projet, et l'évaluer avec les professionnels de la structure, afin de statuer sur sa faisabilité ». La présence des professionnels est assurée le matin, le soir et la nuit.
- Les appartements de suivis qui sont individuels et collectifs avec pour mission « de favoriser l'autonomie de l'utilisateur, pour envisager l'accès à un logement indépendant par la suite » par la mise en œuvre « d'un projet d'habitat » avec la personne accompagnée.

Précisons qu'en parallèle de ces dispositifs d'hébergement, la fondation propose aussi des ateliers d'habilités sociales regroupés dans un unique dispositif pour « aider les personnes souffrant de problématiques psychiques à développer leur autonomie dans les actes de la vie quotidienne » (cuisine, gestion, etc.).

Les partenaires français, qui ont participé à ce projet, trouvent que ces dispositifs, même si ce sont des « alternative[s] d'habitation entre foyer et habitation traditionnelle » sont « hyper cadré[s] » et peuvent donc être un « frein à l'autonomie ». Plus globalement, comme leurs autres collègues européens, ils pensent qu'il sera difficile de « transposer dans leur pays ces dispositifs, qui leur semblent coûteux ».

---

<sup>57</sup> FOND-HARMANT L., SANTERRE H., SANTINA-DEUTSCHLE S., *AML-Europe : Accompagnement et maintien dans le logement des personnes en situation de handicap psychique*, Centre de recherche public, juin 2014, pp. 23-26.

B) Un exemple lyonnais, à travers l'étude de la fédération nationale AGAPSY

Cette fédération nationale regroupe les Associations gestionnaires pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique (AGAPSY). Elle a publié un *Guide des pratiques partagées d'accompagnement vers et dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques*. À l'initiative d'un collectif de professionnels, adhérents à la Fédération Agapsy, ce guide est issu d'une recherche action impliquant un grand nombre d'acteurs dont les personnes accueillies.

Dans la ville de Lyon, il existe depuis la fin des années 1990 un service d'accompagnement renforcé et d'insertion par le logement<sup>58</sup>. Constatant que les réponses apportées aux personnes en situation de handicap psychique n'étaient pas « suffisamment adaptée[s] aux besoins de certaines personnes », l'association GRIM a voulu développer des « structures alternatives » afin de faciliter la transition entre les établissements sanitaires, sociales et médico-sociales mais aussi la famille et « le logement de droit commun en milieu ordinaire de vie ».

Dans cette volonté de transition, ce service constitue « une ressource pour l'utilisateur qui s'y inscrit dans une logique de parcours [et va lui permettre] d'expérimenter son projet pendant un temps, avec un accompagnement sur mesure, puis d'évoluer vers plus d'autonomie avec un logement personnel ou bien d'envisager une réorientation vers une structure d'hébergement plus adaptée ».

Les interventions des professionnels sont diverses et variées où l'on peut retrouver : « l'installation dans le logement, la vie quotidienne et domestique, la gestion administrative et budgétaire [mais aussi] les relations avec le voisinage et l'intégration dans le quartier » par exemple.

### **1.3 L'association Aurore dans le champ du handicap**

#### **1.3.1 Une association contre toutes les formes d'exclusion**

A) Les origines de l'association

La société générale pour le patronage des libérés a été créée en 1871 et avait pour but de « ramener aux habitudes d'une vie honnête et laborieuse, les libérés adultes de l'un et l'autre sexe, qui à la suite d'une enquête approfondie lui paraissent susceptibles de revenir au bien »<sup>59</sup>. Elle a rapidement étendu son action à toutes les catégories d'exclus sociaux et fut reconnue d'utilité publique en 1875.

---

<sup>58</sup> *Guide des pratiques partagées d'accompagnement vers et dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques*, Fédération Nationale AGAPSY, septembre 2012, pp. 115-117.

<sup>59</sup> *Projet d'établissement du foyer d'hébergement « résidence Apollinaire »*, septembre 2011, p.3.

Dès 1965, avec la création de son premier foyer postcure psychiatrique, la société générale pour le patronage des libérés distingue l'hébergement des personnes présentant des problématiques sociales mais en capacité d'insertion, des populations souffrant principalement de troubles psychiques et nécessitant des soins avant tout. Dans le même temps, en 1967, elle devient l'association Aurore et a dorénavant pour objet « la réadaptation sociale et professionnelle des personnes que la maladie, l'isolement, les détresses morales ou matérielles, un séjour en prison ou à l'hôpital ont privé d'une vie normale »<sup>60</sup>.

L'association Aurore n'a ensuite pas cessé de se développer afin de proposer des réponses ciblées à tous les types d'exclusion, plus particulièrement ces quinze dernières années avec l'arrivée du directeur général actuel.

Aujourd'hui l'association Aurore est une association généraliste avec trois grandes missions : héberger, soigner et insérer. Elle gère 128 établissements et services, principalement implantés en Ile-de-France<sup>61</sup>. Elle est connue et reconnue et ses relations avec les pouvoirs publics en place sont bonnes.

## B) La Charte associative

Réactualisée en 2014, La Charte rappelle que les valeurs fondamentales de l'association Aurore sont l'humanisme, la solidarité et la laïcité ; et que l'association s'inscrit dans une triple démarche :

- Sociale, médico-sociale et sanitaire s'inscrivant dans les politiques publiques : nos actions doivent permettre aux personnes d'être accueillies en tant qu'hommes et citoyens d'une communauté, dans le respect de leurs droits et de leur dignité.
- Militante, au sens d'une capacité à faire remonter au niveau politique les questions individuelles et sociales de terrain.
- Pragmatique, qui tient compte des réalités et des contraintes dans une perspective d'action.

L'action de l'association Aurore s'appuie pour cela sur « une ligne directrice éthique » et des « principes de fonctionnement » (la loi comme cadre s'imposant à tous, le respect de l'individu, la croyance en une évolution possible de la personne).

---

<sup>60</sup> Projet d'établissement du foyer d'hébergement « résidence Apollinaire », septembre 2011, p.3.

<sup>61</sup> Annexe n°1 : implantation des différents établissements et services de l'association Aurore.

Grâce à ces principes et valeurs, l'association Aurore fonde « un haut niveau d'exigences à l'égard des personnes accueillies » qui se traduit par :

- une action avec la personne (mobiliser les forces et les désirs de vie de chacun, œuvrer pour que la personne conserve sa place de citoyen, l'aider à reconstruire une identité et à recouvrer un statut social) ;
- des projets d'établissements et de services cohérents avec cette conception ;
- une logique d'établissements à taille humaine.

Le fonctionnement interne de l'association Aurore et son ouverture sur la cité permettent de traduire ces exigences et confortent l'action associative.

#### C) Un projet associatif en cours d'écriture

Le projet associatif est actuellement au travail, les réajustements sont constants au vu de l'évolution permanente des dernières années. Cependant, depuis 2011, l'association Aurore a lancé des orientations stratégiques afin de définir les grands axes communs de son intervention dans une volonté d'unité et de cohérence :

- le développement de l'association
- la maîtrise économique
- le développement et la prise en compte de la parole des personnes accueillies
- la coordination territoriale
- le développement du bénévolat
- la prise de parole publique

Avec ces orientations stratégiques, l'association Aurore se donne un cap dans une démarche d'adaptation dans un contexte en évolution permanente.

### **1.3.2 Une organisation adaptée au développement associatif**

#### A) Une gouvernance stable depuis de nombreuses années

Le président actuel est entré au conseil d'administration de l'association Aurore en 1995 puis a été élu président en 2000 après une importante crise de gouvernance. Suite à son élection, le président a engagé une restructuration importante de l'association et a embauché en 2001 le directeur général actuel.

Le conseil d'administration de l'association « détermine les orientations stratégiques d'Aurore et veille à leur mise en œuvre ». Le président « est responsable du bon fonctionnement de la gouvernance et le représentant politique de l'association » et le directeur général « est le représentant permanent du conseil d'administration et le pilote de l'association »<sup>62</sup>.

---

<sup>62</sup> Rapport d'activité de l'association Aurore, 2014, p. 10.

Le directeur général et le président, deux personnes à fort charisme, travaillent en étroite et complémentaire collaboration. En effet, le président, issu du secteur marchand, pose et impose le cadre au directeur général qui est lui porteur d'idées novatrices.

#### B) Une organisation structurée récemment

Après l'élection du président et la prise de fonction du directeur général, l'association a vécu de nombreuses mutations. En 2001, le siège, qui « coordonne et veille à l'application des stratégies en terme de finances, de ressources humaines, de qualité, de juridique et de communication »<sup>63</sup>, a été créé.

En 2003, l'association Aurore fusionne avec une autre association. Dans les années qui suivent, l'association va continuer à grandir par diverses reprises, extension d'activité et création de structures. En 2009, après la reprise d'une grosse association, le président et le directeur général considèrent qu'il est nécessaire d'organiser l'opérationnel en plusieurs pôles. L'association a donc fait le choix « de fonctionner en mode déconcentré, laissant aux pôles et aux services une grande autonomie dans leur travail, au quotidien »<sup>64</sup>.

Aujourd'hui l'association a sept pôles qui sont regroupés autour de trois axes<sup>65</sup> :

- héberger avec les pôles Urgences, Hébergement et Habitat
- insérer avec les pôles ESAT et Insertion
- soigner avec les pôles Addiction et Accueils et soins psychiques

### 1.3.3 Le pôle accueils et soins psychiques

#### A) Historique et place de la personne en situation de handicap

Le pôle accueils et soins psychiques existe réellement depuis 2011 mais les divers établissements et services qui le composent ont été créés ou repris bien avant cela.

Suite à la création de son premier foyer postcure en 1965, l'association crée un autre foyer postcure et des hôpitaux de jour pour adultes, puis en 1989 un Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS). En 1993, l'association reprend un centre psychothérapique pour enfants et fait une extension de son SAVS en 1995. En 1998, le foyer d'hébergement « résidence Apollinaire » est créé puis en 2005, l'association reprend un ITEP et créé en suivant un SESSAD. Depuis 2011, l'association a repris un foyer de vie et a créé un service expérimental en 2012. L'association Aurore travaille maintenant à la reprise d'une association pour 2016 et à la création d'un FAM pour 2017.

Pour autant, la dimension de « maladie psychique » se retrouve parmi tous les publics de l'association Aurore : personnes sortant de prison, personnes à la rue, personnes en

---

<sup>63</sup> Rapport d'activité de l'association Aurore, 2014, p. 10.

<sup>64</sup> *Ibid.*, p. 10.

<sup>65</sup> Annexe n°2 : organigramme de l'association Aurore.

situation d'addictologie, etc., qu'elles aient une reconnaissance de handicap psychique ou non et sans distinction d'établissements ou de services.

## B) Mission et organisation du pôle

Le pôle accueils et soins psychiques « développe la prise en charge sur le versant du soin et de l'accompagnement socio-éducatif, des enfants et adultes atteints par des troubles psychiques, des troubles développementaux, ou une autre forme d'handicap qui, à un moment de leur vie, ont généré une exclusion sociale »<sup>66</sup>.

Le pôle est aujourd'hui composé de douze structures dépendantes du secteur médico-social ou du sanitaire<sup>67</sup>. Certains postes du pôle accueils et soins psychiques sont mutualisés comme par exemple celui de la directrice administrative ou de l'adjoint de la direction des ressources humaines.

### Conclusion de la première partie :

La loi du 11 février 2005 a reconnu pour la première fois le handicap psychique. Cette reconnaissance a pris du temps et n'a pas pour autant facilité la caractérisation de ce handicap. Dix ans après, le terme de handicap psychique ne fait toujours pas consensus et sa prévalence est toujours difficile à estimer. En France, la notion d'intégration a laissé la place à celle d'inclusion, tandis qu'apparaît une nouvelle notion, le rétablissement, spécifique aux personnes avec des troubles psychiques. Ces notions se concrétisent aujourd'hui dans les différents Schémas régional et départemental et le dernier Plan psychiatrie et santé mentale par la volonté d'une prise en charge globale de la personne en milieu ordinaire ; et lorsque que cela n'est pas possible, par le développement et la diversification des modalités d'accueil des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Pour répondre au mieux aux besoins et attentes des personnes accueillies, les foyers d'hébergements pour travailleurs handicapés ont donc développé d'autres modalités d'accueil et fait évoluer leurs modalités d'accompagnement. Dans un contexte parisien complexe, l'association Aurore gère un foyer d'hébergement, nommé « résidence Apollinaire », qui accueille depuis son ouverture des personnes avec des troubles psychiques. Après avoir présenté l'établissement et le public accueilli, nous allons vérifier à travers le diagnostic stratégique de sa situation si la résidence Apollinaire répond bien aux besoins et attentes des personnes accueillies.

---

<sup>66</sup> Rapport d'activité du foyer d'hébergement « résidence Apollinaire », 2014, p. 5.

<sup>67</sup> Annexe n°3 : organigramme du pôle accueils et soins psychiques.



## **2 UN FOYER D'HÉBERGEMENT AU CŒUR DES CHANGEMENTS**

### **2.1 Le foyer d'hébergement « résidence Apollinaire »**

#### **2.1.1 Présentation du foyer d'hébergement**

##### **A) Origine de sa création**

Le projet de création de la résidence Apollinaire est issu du constat fait par l'association d'une carence de places en foyer d'hébergement pour les travailleurs handicapés ; ce constat a été corroboré en 1995 par un rapport de la DDASS<sup>68</sup>. La résidence Apollinaire a ainsi ouvert ses portes fin 1998 et se situe dans le 15<sup>ème</sup> arrondissement de Paris.

Elle dispose d'un agrément, donné par la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (DASES), pour accueillir vingt-trois adultes dont 80% doivent être issus du département de Paris.

##### **B) Ses partenaires**

La résidence Apollinaire a des partenariats conventionnés avec le centre hospitalier Sainte Anne et la Fédération française du sport adapté. Elle est aussi en relation, entre autre, avec les MDPH de Paris et des départements limitrophes mais aussi leurs Conseils départementaux.

Vis-à-vis des personnes accueillies, la résidence Apollinaire est en lien avec les ESAT, les Centres médico-psychologiques (CMP) et médecins psychiatres, les représentants légaux ou mandataires judiciaires et les organismes proposant des séjours adaptés ou ordinaires choisis par les résidents.

L'association Aurore est attentive à éviter tout effet filière et Paris est une ville très bien dotée en CMP et ESAT. Les personnes accueillies, au sein de la résidence Apollinaire, ont donc le choix : sur les dix-neuf résidents qui consultent un CMP, on dénombre treize CMP différents et sur les vingt-et-un résidents qui travaillent en ESAT, on dénombre douze ESAT différents.

##### **C) Ses ressources financières**

C'est le Conseil départemental de Paris, par l'intermédiaire de la DASES, qui assure le financement du foyer d'hébergement dans le cadre de l'aide sociale départementale à hauteur de 93,7% des charges de fonctionnement. Les personnes accueillies complètent

---

<sup>68</sup> Projet d'établissement du foyer d'hébergement « résidence Apollinaire », septembre 2011, p. 5. (ressource citée non trouvée).

ce financement par une participation financière calculée aussi par le Conseil départemental en fonction de leurs ressources.

Le budget annuel validé par le financeur en 2014 est de 948 223 euros pour un taux d'occupation de 94,79%. Le calcul de l'activité tient compte des trois semaines de fermeture en août de la résidence Apollinaire ce qui ramène le nombre de journées à 344 par an au lieu de 365. Il en résulte un coût annuel à la place de 41 227 euros et donc un prix de journée de 118,37 euros en 2014<sup>69</sup>.

L'activité du foyer d'hébergement est légèrement supérieure à celle validée par le financeur avec un taux d'occupation moyen de 95% sur les trois dernières années (réalisé 2012-2013-2014), avec un résultat comptable respectivement de -206 euros, +6396 euros et +38390 euros.

### 2.1.2 L'organisation de l'établissement

#### A) Les ressources humaines existantes

L'équipe du foyer d'hébergement est constituée de dix-sept salariés dont trois font partie du pôle<sup>70</sup>. Sur les quatorze personnes travaillant à la résidence Apollinaire, 57% des effectifs sont des femmes alors qu'au niveau national elles représentent 69% des effectifs. Par rapport à la pyramide des âges, six personnes ont plus de cinquante ans, soit 42,9% des effectifs (34,2% au niveau national). La moitié des effectifs ont plus de dix ans d'ancienneté (37,6% au niveau national)<sup>71</sup>.

Ci-dessous un tableau détaillant la répartition des postes et des Equivalent temps plein (ETP) :

	<b>Intitulé du poste</b>	<b>Nombre de postes</b>	<b>Nombre d'ETP</b>
Au niveau du pôle	Encadrement (directeur du pôle)	1	0,13
	Administration	1	0,19
	Gestion	1	0,16
Au niveau de la résidence Apollinaire	Encadrement (chef de service)	1	1
	Administration	1	0,5
	Services généraux	3	1,67
	Médical	1	0,08
	Socio-éducatif	9	7,25
<b>TOTAL :</b>		<b>18</b>	<b>10,98</b>

<sup>69</sup> Annexe n°8 : détail des différents calculs.

<sup>70</sup> Annexe n°4 : organigramme du foyer d'hébergement « résidence Apollinaire ».

<sup>71</sup> MAKDESSI Y., MORDIER B., Les établissements et services pour adultes handicapés – résultats de l'enquête ES 2010, document de travail série statistiques DREES, n°180, mai 2013, pp. 179-184.

L'équipe socio-éducative est composée de 6,75 ETP d'animateurs socio-éducatifs<sup>72</sup>, tous titulaires du diplôme d'état d'éducateur spécialisé, et 0,50 ETP d'assistante sociale. Le ratio d'encadrement socio-éducatif est de 0,31 en 2014 alors qu'au niveau national il est de 0,24.

L'analyse du registre des délégués du personnel et des comptes rendus des réunions du Comité d'entreprise (CE) et du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), montre qu'il n'y a pas de problématique spécifique à la résidence Apollinaire. De manière générale, le climat social au sein du foyer d'hébergement permet des échanges constructifs entre les professionnels. Le personnel peut s'exprimer librement entre collègues mais aussi auprès de la hiérarchie.

#### B) L'organisation du travail de l'équipe socio-éducative

L'équipe se relaie 24h/24 et 7j/7 afin d'assurer un service en continu. Deux animateurs à temps plein se partagent les nuits. Le reste de l'équipe est présente essentiellement en soirées mais assurent aussi deux week-ends et quelques nuits par mois.

En cas d'absence, le personnel socio-éducatif n'est pas remplacé par des professionnels extérieurs. C'est un souhait de l'équipe afin d'assurer une continuité et une qualité de service. Les plannings sont alors réorganisés de façon à pallier en interne l'absence de la personne. Cette réorganisation impacte aussi les plannings de l'assistante sociale/animatrice et de la chef de service.

Une fiche de poste précise les fonctions et tâches de chaque professionnel, néanmoins l'équipe rencontre des difficultés concernant la répartition des tâches entre l'assistante sociale et les animateurs.

De plus, trois postes sur les neuf postes socio-éducatifs sont à temps partiels. Les personnes sur ces postes expriment souvent leur difficulté à maintenir un accompagnement continu et de qualité malgré la coordination mise en place. Le reste de l'équipe souffre aussi de cette situation car la charge de travail restante leur incombe.

#### C) La communication interne au sein de l'établissement

La réunion d'équipe hebdomadaire est le seul temps institutionnel où se rassemble toute l'équipe socio-éducative (une semaine sur deux pour le personnel de nuit), ainsi que le médecin psychiatre. Elle est animée par la chef de service qui en détermine l'ordre du jour. La réunion traite différentes thématiques : les projets individualisés, les admissions, le fonctionnement et l'organisation de la structure, etc. En dehors de ce temps, l'équipe a la possibilité d'échanger lors de la prise de service qui se fait sous forme d'un temps de

---

<sup>72</sup> Le nom d'animateur socio-éducatif, ou plus simplement d'animateur, est employé à la résidence Apollinaire pour désigner les membres de l'équipe socio-éducative.

liaison entre le professionnel qui arrive et celui qui part. Ce temps de liaison est de trente minutes et a lieu le matin et le soir.

La résidence Apollinaire est très bien dotée en matériel informatique. Cependant, l'essentiel des outils de communication au sein du service est constitué de différents supports papiers :

- Le cahier de transmission : c'est l'outil principal utilisé par l'ensemble du personnel de la résidence Apollinaire. Chaque professionnel note les informations concernant les résidents sauf informations confidentielles et le fonctionnement de la structure. On y retrouve aussi toutes les coordonnées utiles.
- L'agenda : mis en place en même temps que la coordination de projet. C'est un outil qui permet à chaque professionnel lorsqu'il prend son service de visualiser rapidement les interventions éducatives qu'il doit effectuer auprès des résidents. Cet agenda est renseigné par les coordinateurs de projet, l'assistance sociale et le chef de service.
- Le classeur logistique : outils où sont regroupées les informations générales concernant les résidents comme les présences du week-end, le nombre de repas prévus, etc.

### **2.1.3 L'accompagnement médico-social au sein de l'établissement**

A) Le projet d'établissement et la démarche d'amélioration de la qualité

L'évaluation interne de la résidence Apollinaire a été réalisée en 2008 à partir d'un référentiel pour le pôle accompagnement construit en collaboration avec un organisme extérieur. Depuis, une direction de la qualité a été créée au sein de l'association et a la charge de mettre en place tous les référentiels associatifs.

Dans la présentation introductive de la résidence Apollinaire, l'évaluation interne rappelle les missions de la structure dont celle de « stabilisation au long cours » puisque la durée d'accompagnement est liée à l'activité professionnelle. Un point est soulevé : les professionnels de la résidence Apollinaire se sont questionnés sur « l'insertion par le logement » et « les relations partenariales extérieures ». Le constat a été fait que « l'accompagnement vers le logement se heurte à la difficulté de pouvoir évaluer en situation, les capacités des personnes. Un projet est à la réflexion d'un studio en ville qui permettrait de façon efficiente de travailler cette question ». Pour autant, aucune action concrète n'apparaîtra par la suite dans l'évaluation interne.

Finalement, l'équipe a considéré qu'elle entretenait un partenariat suffisant si la question d'un logement autonome se posait. Par ailleurs le commentaire suivant résumait la pratique traditionnelle : « la Résidence travaille avec la personne accueillie l'insertion par

le logement dans le sens où elle propose à ce dernier un mode d'hébergement, facteur de stabilisation, en complémentarité à l'activité professionnelle ».

Par la suite, la résidence Apollinaire dans sa démarche d'amélioration continue de la qualité a défini des axes de travail issus des points d'amélioration de l'évaluation interne. Ainsi, on y retrouve le thème « les relations partenariales extérieures » avec pour axe leur développement pour faciliter la réorientation des personnes accueillies. Si le thème « l'insertion par le logement » n'est pas abordé, il apparaît sous-jacent au regard d'une réflexion à mener sur les publics émergents formulant de nouvelles demandes et sur l'adaptation de l'accompagnement que cela entraîne.

Quatre ans plus tard, le projet d'établissement est réactualisé en 2011 et réapparaît la question d'une autre modalité d'accès au logement par la proposition d'un hébergement passerelle. En effet, l'équipe a identifié le besoin d'une mise en place d'une passerelle entre le foyer d'hébergement et le logement autonome. À l'heure actuelle, les personnes accueillies quittent la résidence Apollinaire sans expérience particulière notamment en termes de gestion d'un logement et de confrontation à la solitude.

Au vu de ces écrits institutionnels, nous percevons bien d'abord dans la formulation « studio en ville » puis « hébergement passerelle », que les professionnels ont cheminé face à l'expression de ce besoin dans leurs accompagnements. Au fil des années, mesurant la persistance de ce besoin, ils en ont fait une perspective d'évolution possible dans le projet d'établissement, en parlant cette fois-ci « d'hébergement passerelle ».

L'évaluation externe qui a suivi, a essentiellement, repris l'importance du développement du réseau partenarial pour améliorer la qualité des accompagnements.

#### B) Les modalités de l'accompagnement médico-social

L'accueil des personnes en situation de handicap psychique nécessite que l'équipe soit rassurante et structurante tout au long de l'accompagnement des personnes, sans perdre de vue qu'elles doivent rester au centre du dispositif. Le projet d'établissement précise que trois missions sont communes aux différents établissements et services, sur lesquelles la résidence Apollinaire axe son accompagnement :

- Stabilisation pérenne : elle n'est pas considérée uniquement comme un moyen d'accès à l'autonomie et à la socialisation. Dans certains cas, elle peut être un objectif initial ou intermédiaire à atteindre.
- Autonomisation : elle amène aux conditions de vie les plus proches d'une vie ordinaire.
- Socialisation : elle développe la capacité à avoir un espace social, également le plus proche possible d'une situation ordinaire.

En dehors de l'hébergement et de la restauration, le projet d'établissement précise aussi que les besoins des personnes accueillies sont :

- Liés à la sécurité (appréhension voire angoisse face à des événements inattendus qui viennent perturber le quotidien) ;
- Liés à l'accompagnement (le handicap psychique a un impact sur le fonctionnement adaptatif de la personne).

Suite à son admission, l'équipe du foyer d'hébergement propose un accompagnement socio-éducatif à chaque résident qui se traduit, entre autre, par un projet individualisé. Ce projet est formalisé dans les quatre mois suivant l'arrivée du résident et est évalué chaque année par l'équipe et le résident sous forme d'une évaluation conjointe. À la résidence Apollinaire, chaque personne accueillie a un interlocuteur privilégié qui coordonne la mise en œuvre de son projet individualisé.

L'équipe propose aussi un accompagnement collectif à travers des activités qui ont lieu au foyer d'hébergement ou à l'extérieur. En plus de ces activités hebdomadaires, des week-ends ou séjours sont régulièrement organisés dans l'année. Des instances participatives ont aussi été mises en place, visant à établir une collaboration effective avec les personnes accueillies<sup>73</sup>.

Le foyer d'hébergement n'est pas une structure médicalisée. C'est la raison pour laquelle le suivi sur le plan psychiatrique et la prise du traitement de façon autonome font partie des critères d'admission à la résidence Apollinaire. Néanmoins, l'équipe se doit de maintenir, avec les différents partenaires comme les CMP, une certaine vigilance pour prévenir les ruptures ou en diminuer leurs impacts quand elles ont lieu. L'équipe reste donc attentive au quotidien aux paroles et comportements des résidents. La résidence Apollinaire a aussi mis en place des temps d'information et de prévention collectifs concernant la santé en général (soins somatiques, hygiène corporelle, nutrition, etc.) et propose un accompagnement individualisé dans ce sens.

---

<sup>73</sup> Réunion institutionnelle hebdomadaire, Conseil de la vie sociale (CVS) local et transversal.

## C) La fin de prise en charge et l'accompagnement au logement

La résidence Apollinaire n'impose pas de durée d'accompagnement. Les fins de prise en charge interviennent donc dans les situations suivantes :

- fin de l'activité professionnelle avec réorientation vers un mode d'hébergement plus adapté (maison de retraite, foyer de vie, foyer postcure) ;
- obtention d'un logement autonome, avec ou non un accompagnement médico-social ;
- infraction grave au règlement.

L'équipe de la résidence Apollinaire ne propose pas d'accompagnement individuel au logement. En 2007 et 2010, un groupe d'information logement a été mis en place suite aux constats suivants faits par l'équipe :

- Les résidents manquent de lieu de réflexion pour évaluer leur demande et construire leur projet de logement autonome.
- Les résidents manquent d'information concrète sur les conditions de vie au sein d'un logement autonome (vie quotidienne, vie sociale, isolement, gestion budgétaire, etc.).
- Il y a un manque d'échange au sein du foyer d'hébergement autour de la question du logement autonome (entre résidents, au sein de l'équipe dont l'assistante sociale).
- Il y a un manque de lien entre les bilans, le projet et la demande de logement.

L'objectif de ce groupe était de proposer des temps de rencontre entre les résidents et l'équipe avec pour but l'échange d'informations concrètes sur la question du logement. Il n'a pas été remis en place depuis.

Les résidents peuvent, par contre, solliciter l'assistante sociale dans leurs démarches administratives de demande de logement social.

## 2.2 La population accueillie à la résidence Apollinaire

### 2.2.1 Les résidents du foyer d'hébergement

La caractérisation du public accueilli a eu lieu le premier semestre 2015<sup>74</sup>. Au moment de l'étude, vingt-deux personnes sont accueillies à la résidence Apollinaire, dont les deux-tiers sont des hommes, avec une moyenne d'âge autour de 44,5 ans. La durée moyenne d'accompagnement est d'environ sept ans et la fourchette la plus représentée en termes de durée se situe entre un et cinq ans.

---

<sup>74</sup> Annexe n°5 : les personnes accueillies à la résidence Apollinaire en 2015.

#### A) Le souhait d'accéder à un logement autonome

L'étude des projets individualisés des personnes accueillies à la résidence Apollinaire montre que le souhait d'accéder à un logement autonome exprimé dans l'auto-évaluation n'est pas souvent formalisé en objectif dans le projet du résident<sup>75</sup>. Sur les vingt-deux résidents de la résidence Apollinaire, quatorze ont déjà émis, depuis leur arrivée, le souhait d'accéder à un logement autonome dans leur auto-évaluation :

- Quatre résidents seulement ont vu leur souhait se traduire en objectif dans leur projet individualisé. En 2015, trois d'entre elles ont toujours cet objectif dans leur projet individualisé.
- Six personnes n'ont vu aucun de leur souhait se traduire en objectif concret dans leur projet individualisé.

Sur les 4 personnes restantes, leurs souhaits ont été parfois traduits en objectif concret dans leur projet individualisé et parfois non, sans élément explicatif.

Les commentaires des professionnels, dans l'évaluation conjointe du projet individualisé du résident, laissent apparaître que l'équipe préfère laisser l'initiative au résident pour gérer ses démarches. L'accompagnement de la personne accueillie dans l'élaboration de son projet d'accès à un logement autonome paraît donc faible.

Mais si au départ c'est une volonté de la résidence Apollinaire de proposer une installation pérenne sans limite administrative, les résidents pour la plupart s'en accommodent, même ceux qui ont initialement un projet d'accès à un logement autonome. En effet, la personne accueillie (re)trouve au sein du foyer d'hébergement une normalité qu'elle n'avait pas/plus et leurs angoisses s'en retrouvent diminuées. De plus, la personne accueillie peut aussi être dans un sentiment de dévalorisation vis-à-vis de ses capacités et de son potentiel. Les commentaires des résidents dans leur auto-évaluation illustrent bien cette situation :

« J'aimerais avoir mon propre logement mais je ne me sens pas capable. »

« Un jour j'aurai mon appart mais pour l'instant je suis bien ici. »

Dans le confort du foyer d'hébergement, les personnes accueillies n'ont alors plus à gérer leurs peurs de l'inconnu et de l'isolement.

---

<sup>75</sup> Annexe n°5 : les personnes accueillies à la résidence Apollinaire en 2015.

## B) La temporalité du projet de logement

En comparant l'étude des projets individualisés des personnes accueillies depuis leur arrivée à la résidence Apollinaire avec l'étude de leur suivi social<sup>76</sup>, il ressort que :

- Douze résidents n'ont jamais fait de demande de logement social auprès de l'assistante sociale de la résidence Apollinaire.

Sur ces douze personnes, huit résidents n'ont jamais exprimé dans leur auto-évaluation le souhait d'accéder à un logement autonome car ils ont déjà vécu dans un logement autonome (3) ou ont un projet de retraite (1). À l'inverse, quatre résidents ont exprimé dans leur auto-évaluation le souhait d'accéder à un logement autonome. En 2015, sur ces quatre résidents, un seul a toujours ce souhait.

- Dix résidents ont déjà fait une fois une demande de logement social auprès de l'assistante sociale de la résidence Apollinaire.

Sur ces dix personnes, tous ont exprimé au moins une fois dans leur auto-évaluation le souhait d'accéder à un logement autonome. Trois résidents n'ont plus de demande en cours en 2015. Les raisons qui peuvent expliquer cette situation sont : refus suite à une proposition de logement (2), situation d'endettement (1). À l'inverse, sept résidents ont toujours une demande en cours en 2015. Sur ces sept personnes, trois ont leur souhait d'accéder à un projet de logement autonome formalisé en objectif dans leur projet individualisé en cours.

### 2.2.2 Les résidents sortant du foyer d'hébergement

« La MDPH est un acteur incontournable dans le parcours de vie d'une personne en situation de handicap [mais avec les commissions d'orientation, elles] ne disposent pas actuellement d'outils informatiques performants pour orienter et assurer ou organiser le suivi des situations »<sup>77</sup>. L'association Aurore, par l'intermédiaire de la résidence Apollinaire, n'a pas non plus les moyens de suivre les personnes à leur sortie suite à leur fin de l'accompagnement par le foyer d'hébergement. La seule information qui est récoltée par l'équipe concerne le prochain mode d'hébergement. Il n'y a plus aucune visibilité au delà, si la situation de la personne change par exemple.

---

<sup>76</sup> Annexe n°5 : les personnes accueillies à la résidence Apollinaire en 2015.

<sup>77</sup> Schéma d'organisation médico-sociale de l'Île-de-France 2012-2017, pp. 50-51.

#### A) Durant ces cinq dernières années

L'étude des dossiers des personnes sorties du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2014 montre que quinze personnes ont quitté la résidence Apollinaire au cours de cette période<sup>78</sup>. Les deux-tiers des personnes étaient des hommes et la moyenne d'âge la plus représentée est celle des 26-35 ans. Ci-dessous les modes d'hébergement choisis :

- cinq en logement chez la famille ou chez des amis ;
- quatre en foyer de vie, MAS, EHPAD ;
- deux en établissement de santé (foyer postcure, hôpital psychiatrique) ;
- un en foyer d'hébergement ;
- deux en logement accompagné/adapté (résidence accueil) ;
- un en logement autonome.

Cette répartition fait ressortir que le choix d'un certain nombre de mode d'hébergement est lié à la personne (évolution en âge, rechute, fin d'activité). Dans le cas d'un retour en milieu ordinaire, le plus souvent la personne va vivre dans sa famille ou chez des amis. Seulement dans trois cas sur quinze, le choix d'un logement autonome ou d'un logement accompagné/adapté a pu avoir lieu.

Durant le premier semestre 2015, deux résidents ont quitté le foyer d'hébergement. Dans les deux cas, la personne a choisi le mode d'hébergement « logement autonome », sans aucun accompagnement social ou médico-social.

#### B) Des facteurs favorisant la sortie

Aujourd'hui, le projet d'accès à un logement autonome est peu travaillé par les professionnels avec les personnes qui ont ce souhait. Pour autant, l'équipe a réfléchi à un certain nombre d'éléments favorisant l'accès et le maintien dans le logement de la personne en situation de handicap psychique :

- avoir une présence familiale sur laquelle prendre appui ;
- être en situation d'emploi ;
- participer à des activités à l'extérieur du foyer d'hébergement ;
- partir en vacances avec des organismes adaptés ou non ;
- avoir un suivi régulier de ses soins psychiques ;
- n'avoir eu aucune hospitalisation psychiatrique depuis son installation au foyer d'hébergement.

---

<sup>78</sup> Annexe n°6 : les personnes sorties de la résidence Apollinaire depuis 2011.

En appliquant ces critères aux résidents actuellement accueillis au foyer d'hébergement, sans distinction de projet de logement autonome<sup>79</sup>, il ressort que :

- Tous les résidents ont à leur actif au minimum deux de ces éléments (liés aux conditions d'admission : être en situation d'emploi et avoir un suivi régulier de ses soins psychiques).
- Plus de la moitié des résidents a à son actif quatre, voire cinq de ces éléments.
- Lorsque le résident a à son actif 4-5 de ces éléments, ils sont, pour moitié d'entre eux, présents depuis 3 à 6 ans au foyer d'hébergement.

En dehors des éléments favorisant rendus obligatoires par les conditions d'admission, l'équipe peut travailler, avec les résidents qui le souhaitent, sur les autres éléments qui leur manqueraient pour réussir leur projet, comme par exemple : participer à des activités à l'extérieur du foyer d'hébergement.

### **2.2.3 Les résidents entrant au foyer d'hébergement**

Auparavant les personnes accueillies en foyer d'hébergement étaient issues du milieu familial et restaient dans la structure jusqu'à la fin de leur activité professionnelle. Il s'agissait d'un accueil pérenne avec un projet institutionnel commun et collectif. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. En effet, la MDPH de Paris fait ressortir que « les profils des candidats ont évolué, ils se sont diversifiés avec moins de demandes de collectif et le plus souvent des personnes sans solution de logement pérenne »<sup>80</sup> ; ce qui expliquerait la problématique de sous-occupation des places de certains foyers d'hébergement parisiens comme nous l'avons vu précédemment.

#### **A) Le profil des nouveaux candidats**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, une quarantaine de personne par an a pris contact avec la résidence Apollinaire. Pourtant, ce chiffre a baissé en 2014 puisqu'il n'y a eu que trente contacts ; et cette situation semble vouloir se maintenir en 2015. Le profil des personnes qui ont pris contact est le suivant<sup>81</sup> :

- Ce sont principalement des hommes (68% en moyenne).
- Les 36-45 ans sont les plus représentés suivis de près par les 26-35 ans (respectivement 31% et 24% en moyenne).
- La demande vient le plus souvent des établissements de santé, puis d'autres foyers d'hébergement (respectivement 28% et 24% en moyenne).

---

<sup>79</sup> Annexe n°6 : les personnes sorties de la résidence Apollinaire depuis 2011.

<sup>80</sup> Source : entretien avec la directrice adjointe du pôle évaluation de la MDPH de Paris, 26 mai 2015.

<sup>81</sup> Annexe n°7 : les nouveaux candidats pour entrer à la résidence Apollinaire depuis 2011.

## B) Des motivations qui évoluent

Chaque année, l'équipe rencontre un certain nombre de candidats lors d'un premier RDV. De 2011 à 2014, l'équipe a rencontré en moyenne vingt-cinq personnes par an. En analysant les motivations exprimées dans les comptes rendus de ces entretiens, deux évolutions ressortent qui traduisent les nouveaux besoins exprimés :

- « comme une étape intermédiaire »

Il y a en général environ 20% des candidats chaque année qui veulent rentrer dans un foyer d'hébergement dans l'idée d'une étape dans leur parcours de vie. Ce sont le plus souvent des personnes qui viennent d'autres foyers d'hébergement.

- « par défaut de logement »

Il y a chaque année un certain nombre de candidats qui s'orientent vers le foyer d'hébergement parce qu'ils n'ont pas trouvé d'autre solution de logement pérenne. Si ce nombre de candidats ne dépassait pas les 10% par an, depuis 2013 il se situe autour des 20%. Ce sont le plus souvent des personnes en situation de précarité issues d'établissement social comme les hôtels sociaux ou parce qu'ils sont sur le point de se retrouver à la rue suite à la perte de leur logement.

Cela nous ramène bien à cet état de non choix possible de projet de vie, auxquels ils font face, que mentionne Gérard Zribi, cité précédemment.

## 2.3 Une évolution des besoins à prendre en compte

### 2.3.1 Le logement, un droit fondamental pour tous

#### A) Législation générale

C'est la déclaration universelle des droits de l'homme en 1948 qui reconnaît pour la première fois que le droit au logement fait partie des droits sociaux : « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires » (art. 25).

En Europe, les différents Chartes et Traités<sup>82</sup> réaffirment sans cesse ce droit au logement et de « prendre des mesures dans le cadre d'une approche globale et coordonnée pour promouvoir l'accès effectif notamment [...] au logement » (art. 30 de la Charte européenne révisée en 1996 et art. 13 du Traité d'Amsterdam).

---

<sup>82</sup> Charte sociale européenne révisée (1996), Traité d'Amsterdam (1997), Charte européenne des droits fondamentaux (2000).

En France, les premières lois qui abordent le droit au logement sont la loi du 22 juin 1982 relative aux droits et obligations des locataires et des bailleurs (82-526) qui reconnaît que « le droit à l'habitat est un droit fondamental » (art. 1<sup>er</sup>) et la loi du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs (89-462) qui reconnaît que « le droit au logement est un droit fondamental » (art. 1<sup>er</sup>) et interdit toute forme de discrimination dont celles liées à l'état de santé ou le handicap de la personne.

Par la suite, la loi du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement (90-449) précise que « garantir le droit au logement constitue un devoir de solidarité pour l'ensemble de la nation » (art. 1<sup>er</sup>). De même que la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (98-657) qui rappelle que « la lutte contre les exclusions est un impératif national » et que cela suppose de « garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines [...] du logement » (art. 1<sup>er</sup>).

#### B) Un logement autonome, des logements accompagnés et adaptés

En France, les politiques catégorielles concernant le champ du handicap font que les personnes en situation de handicap sont rarement concernées par les lois citées précédemment et les mesures qui en découlent.

Pour autant, le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 rappelle l'importance pour les personnes en situation de handicap psychique d'avoir un logement et préconise de développer l'accès et le maintien au logement par une offre de logement accompagné, adaptée et diversifiée<sup>83</sup>.

Le droit commun doit être privilégié avec si besoin un accompagnement social et/ou médico-social par un SAVS ou un SAMSAH par exemple. « L'expérimentation des baux glissants par les communes » ou « le[s] dispositif[s] d'intermédiation locative » par des associations sont aussi des solutions à développer<sup>84</sup>.

Si le maintien dans un logement de droit commun n'est pas possible, il existe tout un panel de logements accompagnés et adaptés, c'est à dire « diverses formules d'hébergement [qui] se rapprochent de celles du logement autonome tout en adaptant le cadre de celui-ci à la situation ou aux difficultés particulières des personnes »<sup>85</sup>, où l'on peut retrouver les résidences accueils par exemple.

---

<sup>83</sup> Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, p. 20.

<sup>84</sup> ROBILIARD D., *Examen du rapport d'information établi en conclusion des travaux de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*, décembre 2013, p. 75.

<sup>85</sup> CAMBERLEIN P., 2011, *Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France*, Paris : Dunod, p. 421.

### C) La difficulté de se loger en Ile-de-France, plus particulièrement sur Paris

« La mise en œuvre du droit au logement est confrontée à l'évolution des prix pratiqués sur le marché immobilier depuis quinze ans ainsi qu'à l'impact de la conjoncture économique sur la situation de pauvreté de ces dernières années. »<sup>86</sup>

Cela est d'autant plus vrai en Ile-de France et plus particulièrement Paris qui est considérée comme la ville la plus chère de France. Se rajoutent à cela les délais d'attente particulièrement longs sur la région avant de recevoir une proposition de logement social. En 2013, le site Internet de la DRIHL d'Ile-de-France faisait état d'un temps d'attente pour Paris qui pouvait varier entre six à dix ans selon les critères demandés (typologie, arrondissement, etc.)<sup>87</sup>.

Or, les personnes en situation de handicap psychique « font partie de la population ayant les plus faibles revenus et les carences de logement social [...] sont un frein réel à l'autonomie »<sup>88</sup>. Gérard Zribi illustre la situation avec un exemple concret : « lorsqu'un employé d'ESAT ne dispose que de 90% du SMIC (rémunération garantie + AAH), il est parfois tenté de rester vivre dans un foyer où, matériellement, l'existence est moins compliquée que dans un appartement personnel. On ne peut alors parler de choix de vie »<sup>89</sup>.

Cette problématique de carence en logement social se retrouve aussi pour les logements accompagnés et adaptés puisque « des progrès conséquents restent néanmoins à accomplir lorsque l'on observe les chiffres relatifs à Paris communiqués par [...] l'UNAFAM : 990 places en logement accompagné sont disponibles pour 50 000 à 60 000 malades »<sup>90</sup>.

### 2.3.2 Le développement du parcours résidentiel

#### A) Notion de trajectoire et de parcours résidentiel(e)

« La notion de trajectoires résidentielles fait [...] référence aux positions résidentielles successivement occupées par les individus et à la manière dont s'enchaînent et se redéfinissent au fil des existences ces positions [et] ne prennent tout leur sens que par rapport à une trajectoire de vie ». L'émergence de ce terme vient de « l'intérêt scientifique

---

<sup>86</sup> Vie publique, La difficile application du droit au logement, <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/logement-social/droit-logement/>.

<sup>87</sup> DRIHL, Se loger : délai d'attente, <http://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/delai-d-attente-a2367.html>.

<sup>88</sup> *La reconnaissance légale du handicap psychique*, module interprofessionnel de santé publique, EHESP, 2009, p. 12.

<sup>89</sup> ZRIBI G., SARFATY J., 2008, *Handicapés mentaux et psychiques : vers de nouveaux droits*, Rennes : Editions EHESP, p. 40.

<sup>90</sup> ROBILIARD D., *Examen du rapport d'information établi en conclusion des travaux de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*, décembre 2013, p. 73.

pour les trajectoires résidentielles à la fin des années 1980 [qui] résulte de la prise en compte accrue de changements sociaux, économiques et politiques datant de la deuxième moitié du 20<sup>ème</sup> siècle »<sup>91</sup>.

La notion de parcours résidentiel appartient au champ du logement social et consiste à accompagner les locataires tout au long de leur vie en leur proposant des logements adaptés à leur situation, aux évolutions de leur famille et en facilitant les mutations au sein du parc de logements. C'est la loi du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion (2009-323) qui formalise le parcours résidentiel et qui a pour objectif d'accroître l'offre de logements disponibles dans les Habitations à loyer modéré (HLM) en veillant à la juste occupation des logements.

La trajectoire est définie comme « une évolution simple, déterminée, prévisible, comme celle du projectile » et le parcours comme « une évolution plus complexe, riche en potentialités, plus difficile à prévoir ». La notion de parcours semble donc correspondre le mieux pour les personnes en situation de handicap psychique puisqu'il est fait « d'une succession non linéaire d'embranchements, de microétapes et de micro-chutes, de multiples essais de s'évader de la maladie et de réajustements successifs mais jamais définitifs »<sup>92</sup>.

#### B) Parcours résidentiel et projet de vie de la personne en situation de handicap

« Les seules réponses apportées aux personnes handicapées ont longtemps été institutionnelles [et ce sont] les mouvements en faveur de la désinstitutionalisation et de l'individualisation des prises en charge [qui] sont directement à l'origine des besoins de coordination dans le secteur du handicap. Pour le champ de la santé mentale, la structuration de la coordination a commencé plus tôt avec la sectorisation dans les années 1960, et était liée « au manque de continuité des soins et d'accompagnement social à la sortie de l'hôpital »<sup>93</sup>.

C'est la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (2004-810) qui aborde pour la première fois la notion de parcours de soins, alors même que « le mot parcours n'est pas utilisé une seule fois dans le texte [et que] celui de coordination, en revanche, apparaît quatorze fois ». Les termes parcours de santé et parcours de vie sont apparus à la fin des années 2000. Le parcours de soins est intégré dans le parcours de santé, et ce dernier fait partie plus largement du parcours de vie de la personne. Aujourd'hui, « ces notions

---

<sup>91</sup> AUTHIER J-Y., *Etat des lieux sur les trajectoires résidentielles*, PUCA, avril 2010, pp. 4-5.

<sup>92</sup> ESCAIG B., 2009, « Handicap psychique et vie quotidienne », *Revue française des Affaires sociales*, 63<sup>ème</sup> année, p. 91 (citation extraite de : VELPRY L., 2006, *L'expérience sociale de la maladie mentale*, Thèse de sociologie : Université de Paris 5, p. 519).

<sup>93</sup> BLOCH M-A., HENAUT L., 2014, *Coordination et parcours*, Paris : Dunod, pp. 25-77.

sont aujourd'hui dans tous les discours mais ne figurent pas dans la loi »<sup>94</sup>.

Dans le secteur médico-social, « le parcours s'impose désormais comme un paradigme remplaçant ou transcendant peu à peu ceux de filières et d'établissements ». On parle alors de projet de vie qui « résulte précisément des multiples possibilités de parcours de vie qui existent ». Issu de la loi du 11 février 2005, le projet de vie qui se veut plus centré sur la personne, se compose d'un certain nombre de domaines déterminants dans la vie de la personne : la santé, l'activité, le mode de vie (dont le logement fait partie), les relations sociales. « Les notions de parcours et de projet de vie rendent caduque la logique institutionnelle d'établissements traditionnels [et impliquent donc] une nécessaire coordination entre divers partenaires »<sup>95</sup>.

Dans cette dynamique, le Schéma d'organisation médico-sociale de l'Île-de-France 2012-2017 tend à « favoriser les coopérations et les partenariats entre les acteurs concernés (ambulatoire, hospitalier, social, médico-social) pour une prise en charge globale et sans rupture des personnes »<sup>96</sup>, conforté aussi par le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

### C) Qui dit parcours, dit réseau

« La logique nouvelle d'inclusion des personnes handicapées psychiques s'incarne dans un fonctionnement en réseau, associant tous les secteurs (social, médico-social et sanitaire) »<sup>97</sup> mais c'est la loi du 2 janvier 2002 qui marque initialement « la volonté explicite des pouvoirs publics de favoriser le développement des réseaux sociaux et médico-sociaux coordonnés en leur accordant une légitimité accrue »<sup>98</sup>.

Pour autant, « la notion de travail en réseau ne regroupe pas toute forme [...] de coordination avec des partenaires [mais elle offre] un éventail de possibilités juridiques qui ouvre la voie à une certaine créativité »<sup>99</sup>.

---

<sup>94</sup> BLOCH M-A., HENAUT L., 2014, *Coordination et parcours*, Paris : Dunod, pp. 95-115.

<sup>95</sup> LOUBAT J-R., juillet/août 2013, « Transitions, continuité et ruptures dans les parcours individuels de prise en charge : impacts sur les trajectoires de vie », *Les cahiers de l'Actif*, n°446-447, pp. 7-14.

<sup>96</sup> Schéma d'organisation médico-sociale de l'Île-de-France 2012-2017, p. 148.

<sup>97</sup> *La reconnaissance légale du handicap psychique*, module interprofessionnel de santé publique, EHESP, 2009, p. 15.

<sup>98</sup> Edito, mai/juin 2003, « Travail en réseau et territoires d'action », *Les cahiers de l'Actif*, n°324/325, p. 5.

<sup>99</sup> JAEGER M., mai/juin 2003, « Travail en réseau et territoires d'action », *Les cahiers de l'Actif*, n°324/325, p. 55.

En France, il n'y a pas de distinction de réseau alors que les anglo-saxons différencient le réseau primaire du secondaire de la manière suivante<sup>100</sup> :

Réseau primaire	Réseau secondaire
Cela concerne la sphère familiale et amicale	Cela concerne l'intervention sociale (ensemble des professionnels concernés par une même intervention autour d'une personne)
C'est un réseau d'appartenance	C'est un réseau de référence, de communication
C'est un système de liens relationnels	C'est un système de liens professionnels

« Un réseau secondaire se décide. Mais il ne s'improvise pas. La reconnaissance des logiques respectives dans un réseau secondaire permet à chacun de situer son action et l'action possible des autres :

- en tenant compte de leurs : missions [...], fonctions, modalités de mise en œuvre, limites, manques ;
- en reconnaissant les réalités des personnes à propos desquelles le réseau secondaire existe. »<sup>101</sup>

### 2.3.3 Avoir un logement ne veut pas dire habiter un lieu

A) Avoir un logement, avoir son chez-soi

« La question du logement est centrale dans la mesure où elle conditionne dans la majorité des situations l'ensemble du projet de vie »<sup>102</sup> de la personne en situation de handicap psychique. De plus, le logement est « également source de stabilité [...] à l'instar de l'environnement professionnel »<sup>103</sup>. Avoir une adresse personnelle, recevoir ses quittances de loyer sont autant d'éléments qui légitiment la personne comme locataire de son logement. Pour autant cela ne fait pas de son logement son « chez-soi ».

Perla Serfaty-Garzon rappelle que l'expression française « chez-soi » est composé du « mot "chez" qui dérive du nom latin "casa" [et du] pronom personnel "soi" qui renvoie à l'habitant, à sa maîtrise de son intérieur, mais aussi à sa manière subjective d'habiter ». Elle précise que « la présence du terme "soi" [...] indique que la maison est le lieu de la conscience d'habiter en intimité avec soi-même »<sup>104</sup>.

<sup>100</sup> ROLLIER Y., BROUDIC J-Y., mai/juin 2003, « Travail en réseau et territoires d'action », *Les cahiers de l'Actif*, n°324/325, p. 35.

<sup>101</sup> ROLLIER Y., BROUDIC J-Y., art. cit., p. 40.

<sup>102</sup> BARREYRE J-Y., PEINTRE C., 2009, « Handicap psychique et insertion sociale », *Vie sociale*, n°1, p. 69.

<sup>103</sup> *La reconnaissance légale du handicap psychique*, module interprofessionnel de santé publique, EHESP, 2009, pp. 12-13.

<sup>104</sup> SERFATY-GARZON P., Le Chez-soi : habitat et intimité, <http://www.perlaserfaty.net/texte7.htm>.

Pour se « sentir » chez-soi, Elian Djaoui indique que « le chez-soi doit satisfaire des aspirations profondes de l'habitant, que l'on peut formuler en termes de demande de sécurité, de protection de l'intimité et de maintien de l'identité ». Le logement doit donc être un espace de sécurité, « un refuge délimité par une frontière qui le protège d'un extérieur source de dangers potentiels ou affectifs, réels ou imaginaires ». Il sert de protection de l'intimité, « lieu où l'on peut rêver en paix, c'est-à-dire se recréer un monde gratifiant en se mettant en retrait de la réalité ressentie comme trop frustrante ». Il a aussi un rôle de maintien de l'identité puisque « notre espace habité est le signe de ce que l'on est mais aussi de l'image que l'on aimerait donner aux autres », Elian Djaoui parle même « d'équivalent d'une "prothèse psychique" »<sup>105</sup>.

#### B) Faire de son logement, son chez-soi

Déménager, que ce soit vers le milieu ordinaire ou dans un autre établissement, est souvent vécu comme une rupture. C'est « potentiellement source de déséquilibre et de décompensation »<sup>106</sup> pour la personne en situation de handicap. C'est une phase de transition où la personne va devoir faire le deuil de son ancien hébergement et s'adapter au nouveau.

Elian Djaoui précise qu'« investir son domicile pour s'y sentir chez soi se matérialise par la constitution d'un espace propre, scène privilégiée où se joue le rapport de tout individu aux objets, à soi, au monde ». Pour elle, « tout emménagement dans un nouvel espace [...] est une co-transformation [puisque] le lieu de vie va subir un certain nombre de changements progressifs, mais les habitants aussi ». La personne en situation de handicap psychique qui va emménager dans son nouveau logement « va le métamorphoser en un espace propre, son lieu de vie »<sup>107</sup>. La temporalité de ce processus est importante et peut être plus ou moins longue selon les personnes.

Plus concrètement, Elian Djaoui indique qu'« aménager son domicile recouvre un ensemble d'activités très diverses qui ont la même intention : rendre habitable son lieu de vie ». Elle les regroupe en quatre catégories :

- « la première concerne l'éradication de la saleté » ;
- « la seconde rassemble toutes les opérations luttant contre les avaries causées par les mésusages, les accidents inévitables et les ravages inéluctables du temps » ;

---

<sup>105</sup> DJAOUI E., 2008, *Intervenir à domicile*, Rennes : Presses de l'EHESP, pp. 111-116.

<sup>106</sup> *La reconnaissance légale du handicap psychique*, module interprofessionnel de santé publique, EHESP, 2009, p. 13.

<sup>107</sup> DJAOUI E., *op. cit.*, pp. 119-121.

- « la troisième vise l'amélioration des conditions d'habitat pour que celles-ci répondent d'une manière plus satisfaisante aux "besoins" des habitants » ;
- « le dernier ensemble de pratiques (décorer) appartient au domaine de la beauté et du bon goût »<sup>108</sup>.

### C) L'accompagnement vers et dans le logement

Déménager, c'est-à-dire « passer d'un espace à un autre c'est entrer dans une nouvelle interdépendance avec un milieu en partie inconnu [et cela] nécessite des compétences de vie spécifiques »<sup>109</sup> que la personne en situation de handicap psychique doit acquérir. De plus, s'approprier son logement pour en faire son « espace propre » est un « travail long, parfois difficile : il n'est pas donné et n'est pas acquis à jamais »<sup>110</sup>. Nous pouvons donc comprendre l'importance de ne pas considérer le logement comme « la panacée et l'objectif ultime à atteindre pour *toutes* les personnes »<sup>111</sup> mais plutôt comme un nouveau départ.

Dès 2002, le rapport Charzat précise qu'il « ne suffit pas de proposer un logement indépendant à une personne souffrant de [...] troubles [psychiques] pour aider à son autonomie ; il faut aussi prendre en considération le besoin de soins et d'accompagnement, en fonction des difficultés constatées, et la nécessité d'une vigilance ». L'aide à apporter aux personnes avec des troubles psychiques doit donc viser à « compenser ses incapacités, en s'appuyant sur ses compétences et celles de son entourage, en vue d'une vie matérielle correcte et d'une vie sociale satisfaisante ». Les associations de familles et de malades mais aussi les professionnels considèrent que l'accompagnement est la base de toute aide et il doit comporter pour cela :

- « la vigilance quant aux conditions de vie de la personne et son état de santé
- l'aide aux gestes de la vie quotidienne, respectant la liberté et les choix de la personne, quand elle les exprime, [...] ; cette aide doit susciter la prise d'autonomie, ce n'est en aucun cas "faire à la place"
- une aide au maintien ou à la restauration des liens sociaux et familiaux
- une aide à l'insertion dans des activités collectives, culturelles ou de loisirs, et autant que possible à l'insertion professionnelle
- une aide aux démarches administratives »<sup>112</sup>.

<sup>108</sup> DJAOUI E., 2008, *Intervenir à domicile*, Rennes : Presses de l'EHESP, pp. 124-125.

<sup>109</sup> MICHIT R., KLOTZ V., juillet/août 2013, « Transitions, continuité et ruptures dans les parcours individuels de prise en charge : impacts sur les trajectoires de vie », *Les cahiers de l'Actif*, n°446-447, p. 42.

<sup>110</sup> DJAOUI E., *op. cit.*, p. 120.

<sup>111</sup> BARREYRE J-Y., PEINTRE C., 2009, « Handicap psychique et insertion sociale », *Vie sociale*, n°1, p. 70.

<sup>112</sup> CHARZAT M., *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*, mars 2002, pp. 35 et 42-43

Avec la loi du 11 février 2005, l'accompagnement social et médico-social à domicile des personnes en situation de handicap psychique s'est encore plus développé. Or depuis quelques années, il apparaît « des problèmes tangibles, provoqués par des démarches intégratives entreprises sans accompagnement adéquat »<sup>113</sup>. Il est pourtant important « de comprendre quelles ressources humaines, sociales et économiques, [...] ont permis d'éviter les différentes formes de mise à l'écart dont [...] font l'objet plus souvent que d'autres »<sup>114</sup> les personnes en situation de handicap psychique.

## **2.4 Enjeux et leviers pour la résidence Apollinaire**

### **2.4.1 La situation externe**

Grâce à l'outil d'analyse stratégique, je me propose d'articuler les différentes analyses conduites précédemment pour identifier les enjeux actuels de la résidence Apollinaire et les leviers sur lesquels je vais élaborer un projet stratégique.

#### **A) Les menaces**

Le handicap psychique touche la personne dans son intégralité et entraîne un certain nombre de troubles qui ont des conséquences importantes sur la vie quotidienne et l'insertion sociale et professionnelle des personnes. Ces maladies et les troubles qu'elles occasionnent diffèrent grandement d'une personne à l'autre, ce qui complique l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique.

La MDPH a constaté une problématique de sous-occupation de places de certains foyers d'hébergement parisiens dont l'une des causes pourrait être l'évolution des profils des candidats. Si la résidence Apollinaire n'est pas aujourd'hui concernée par ces difficultés, elle a constaté une baisse du nombre de candidats depuis deux ans et une évolution des besoins exprimés. Ces différents éléments sous-entendraient que les foyers d'hébergement, dont la résidence Apollinaire, ne répondent plus complètement aux besoins des personnes accueillies.

Les personnes en situation de handicap psychique perçoivent donc maintenant les foyers d'hébergement comme une étape dans leur parcours de vie, ce qui n'était pas le cas avant où l'accueil pérenne était prédominant. Sur Paris, elles se retrouvent confrontées à la difficulté de se loger, que leurs faibles revenus ne suffisent pas à expliquer.

---

<sup>113</sup> ZRIBI G., SARFATY J., 2008, *Handicapés mentaux et psychiques : vers de nouveaux droits*, Rennes : Editions EHESP, p. 76.

<sup>114</sup> DELBECQ J., WEBER F., 2009, « Handicap psychique et vie quotidienne », *Revue française des Affaires sociales*, 63<sup>ème</sup> année, p. 13.

De plus, le déménagement peut être vécu comme une rupture, source de déséquilibre pour la personne en situation de handicap psychique, auquel se rajoute la temporalité du processus pour se sentir chez-soi/habiter son logement. Ces différents éléments sont donc aussi à prendre en compte dans l'accompagnement vers et dans le logement de la personne en situation de handicap, alors qu'aujourd'hui le logement est souvent considéré comme le but à atteindre.

#### B) Les opportunités

C'est la loi du 11 février 2005, en donnant une nouvelle définition du handicap, qui reconnaît le handicap psychique. Elle pose aussi le principe d'inclusion et la notion de projet de vie. L'accompagnement médico-social, au fil des années, a évolué pour prendre en compte la personne avec ses besoins et ses attentes, ses limites et ses capacités, sans oublier sa temporalité. Le projet de vie, comme étant toutes les possibilités de parcours de vie de la personne, illustre ces évolutions et implique donc une prise en compte globale.

De plus, il paraît maintenant évident que le parcours résidentiel d'une personne ne peut se faire que dans le cadre de son parcours de vie et donc de son projet de vie. Si la législation française définit le droit au logement comme un droit fondamental pour tous, le passage de la maladie au handicap des personnes avec des troubles psychiques leur a ouvert un certain nombre de droits nouveaux ; dont l'accès à des dispositifs d'hébergement inaccessible jusqu'alors.

Or, la question du logement conditionne, dans la majorité des situations, l'ensemble du projet de vie. C'est également une source de stabilité pour les personnes en situation de handicap psychique. Il existe aujourd'hui des dispositifs d'hébergement nombreux et variés permettant de répondre aux besoins des personnes, que ce soit en milieu ordinaire ou dans des logements adaptés/accompagnés.

### **2.4.2 La situation interne**

#### A) Les forces

L'association Aurore, avec presque 150 ans d'existence, a su dès le début identifier les besoins spécifiques des personnes avec des troubles psychiques, et avec la volonté d'y répondre. Connue et reconnue, elle est très bien implantée sur son territoire l'Île-de-France et a su développer de bonnes compétences en matière d'hébergement. Avec une gouvernance stable et une organisation interne adaptée, avec son siège et ses pôles, l'association est donc un bon support pour la résidence Apollinaire.

Depuis son ouverture, il y a plus de 15 ans, la résidence Apollinaire a toujours accueilli des personnes avec des troubles psychiques. Grâce à son implantation au cœur de Paris

et à sa vigilance pour éviter tout effet filière, elle a su développer un réseau de partenaires conséquents. Son activité et sa situation financière sont stables ; les résultats de l'année 2014 sont même excédentaires. De plus, il n'y a aucune problématique sociale qui a émergé au niveau des Instances représentatives du personnel (IRP) et le climat social sur le site paraît bon.

Au sein de la résidence, l'accompagnement socio-éducatif individuel et collectif, proposé par l'équipe, répond aux besoins des personnes accueillies. Néanmoins, depuis 2008, les professionnels ont identifié certaines difficultés liées à l'accompagnement au logement, évoquant « un projet de studio en ville » puis au fil du temps celui d'un « hébergement passerelle ». De même, entre-temps en 2007, après avoir identifié le manque d'information concrète sur les conditions de vie au sein d'un logement autonome, l'équipe socio-éducatif avait proposé un accompagnement collectif et ponctuel sous la forme d'un groupe d'information.

#### B) Les faiblesses

Concernant l'organisation du travail, les professionnels au sein de la résidence Apollinaire rencontrent quelques difficultés qui semblent avoir un impact sur la qualité de leur accompagnement : pas de remplacement par du personnel extérieur, contrat à mi-temps, répartition des tâches animateurs/assistance sociale, pertes de temps et d'informations liées à la communication interne.

Mais plus important, même si l'équipe a identifié certaines difficultés dans l'accompagnement au logement, la fin de prise en charge à la résidence Apollinaire est toujours liée à la fin de l'activité professionnelle du résident. Quand elle est liée à l'obtention d'un logement autonome, c'est le plus souvent à l'initiative du résident ou de sa famille. De même, l'initiative d'un accompagnement collectif et ponctuel sous la forme d'un groupe d'information n'a pas été renouvelée depuis 2010 et ne répondait pas à un autre besoin identifié et exprimé : un accompagnement individualisé dédié à l'accès à un logement autonome. Il n'y a pas encore à la résidence Apollinaire d'accompagnement individualisé et adapté concernant l'accompagnement au logement. Il semblerait que ce soit plus facile pour l'équipe socio-éducatif de fonctionner sur un modèle institutionnel en donnant une réponse institutionnelle concernant cette problématique.

Se rajoutent à cela, les contraintes liées aux démarches de demande de logements sociaux puisque les délais pour Paris sont très longs. À l'inverse, lorsqu'enfin un logement est proposé à une des personnes accueillies qui en avait fait la demande, cette dernière se doit de répondre dans les plus brefs délais. Il est alors quasiment impossible pour

l'équipe de proposer un accompagnement adapté à la personne. C'est une situation stressante et angoissante qui peut se solder par un refus de la personne accueillie.

Au vu de ces différents constats, c'est la notion même d'insertion par le logement qu'il faut interroger. En effet, des résistances apparaissent et pourraient peut-être s'expliquer par le fait que les professionnels de la résidence Apollinaire sont persuadés de répondre à cette problématique en proposant un hébergement pérenne.

Ces résistances se traduisent aujourd'hui de manière consciente ou non dans la non-action concernant l'insertion et l'accompagnement au logement mais aussi dans le choix même des nouveaux candidats.

### **2.4.3 Présentation de la problématique**

En France, 3 à 5% de la population est concernée par des troubles psychiques sévères. Depuis dix ans maintenant, le handicap psychique est reconnu grâce à la loi du 11 février 2005. Le projet de vie, issu de cette loi, implique de tenir compte des différents parcours de vie de la personne où le parcours résidentiel a une place à part entière. En effet, avec le principe d'inclusion posée par cette même loi, la personne en situation de handicap psychique n'a plus vocation à rester toute sa vie au sein d'une institution. La vie en milieu ordinaire devient alors une priorité pour les pouvoirs publics.

Source de stabilité pour la personne avec des troubles psychiques, le logement est donc une des pierres angulaires de son projet de vie. Le droit au logement est un droit fondamental et les personnes en situation de handicap ont aujourd'hui diverses solutions de logement, en milieu ordinaire ou dans des logements accompagnés et adaptés. Mais leurs faibles revenus et les difficultés pour se loger sur Paris compliquent fortement leur projet de vie. De plus, le logement est encore trop souvent considéré comme le but à atteindre, alors qu'il suppose un accompagnement au moins lors de la phase de transition et d'appropriation liée à l'emménagement, voire pour certains un accompagnement adapté sur une plus longue durée.

Avec l'évolution des politiques publiques et des besoins des personnes en situation de handicap, certains foyers d'hébergement parisiens semblent rencontrer une problématique de sous-occupation de places alors même que le nombre de demandes d'orientation reste stable. Même si les besoins d'hébergement pérenne demeurent, les établissements se retrouvent confrontés à de nouveaux profils de candidats qui souhaitent que le foyer d'hébergement ne soit qu'une étape dans leur parcours résidentiel.

Dans cette dynamique, les Schémas régionaux et départementaux insistent tous les deux sur la nécessité pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux de

diversifier leur modalité d'accueil pour répondre aux besoins des personnes accueillies. Le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 insiste lui sur l'importance de développer l'accès et le maintien au logement.

En ne proposant qu'une sorte de modalité d'accueil, le foyer d'hébergement « résidence Apollinaire » ne répond ni aux évolutions des politiques publiques, ni aux évolutions des besoins des personnes accueillies. Foyer d'hébergement à taille humaine, la résidence Apollinaire dispose de toutes les ressources nécessaires, que ce soit sur le plan humain, financier ou associatif pour évoluer et répondre aux mieux à ces évolutions.

Sur le plan associatif, l'association Aurore est en effet un atout. Très compétente dans le domaine de l'hébergement, c'est une association connue et reconnue qui a aussi l'avantage d'être très bien implantée sur le territoire parisien.

Sur le plan financier, la résidence Apollinaire a une certaine marge de manœuvre lui permettant d'évoluer et par la même d'anticiper sur la baisse des candidatures constatées depuis peu.

Sur le plan humain, la résidence Apollinaire bénéficie d'un climat social sain et d'une équipe socio-éducative très qualifiée. L'accompagnement social et médico-social qu'elle propose, répond parfaitement aux besoins des résidents d'un accueil pérenne, rassurant et contenant.

Pour autant, l'équipe socio-éducative semble rencontrer certaines difficultés à faire évoluer leur accompagnement social et médico-social concernant l'accompagnement individualisé au logement. En effet, l'équipe aujourd'hui semble plus facilement proposer une réponse collective institutionnalisée et fait preuve par la même d'une surprotection institutionnelle. Elle a bien identifié un besoin d'hébergement passerelle mais des résistances persistent et bloquent toute action. Les fins de prise en charge, lorsqu'elles sont liées à l'obtention d'un logement, sont donc le plus souvent à l'initiative du résident ou de sa famille. Ce retour en milieu ordinaire ne se fait hélas que très rarement dans un logement autonome ou accompagné et adapté.

Il paraît évident que la notion même d'insertion par le logement devra être interrogée afin de pouvoir réfléchir et élaborer les modalités permettant de **favoriser l'accès puis le maintien dans un logement autonome des personnes en situation de handicap psychique.**

### Conclusion de la deuxième partie :

Le foyer d'hébergement « résidence Apollinaire » dispose des ressources humaines, matérielles et financières pour assurer sa mission d'insertion ou de réinsertion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap psychique qu'elle accueille.

L'accompagnement social et médico-social proposé au sein de la résidence Apollinaire répond aux besoins d'accueil pérenne des personnes accueillies. Cependant, un certain nombre de résidents présents mais aussi de nouveaux candidats expriment le souhait d'accéder à un logement autonome et, de fait, voient le foyer d'hébergement comme une étape dans leur parcours de vie. Or, rares sont les personnes, sorties du foyer d'hébergement, qui vivent effectivement dans un logement autonome avec ou non un accompagnement adapté. La notion d'insertion par le logement doit, semble-t-il, être interrogée par les professionnels de la résidence Apollinaire. De plus, même si le logement est un droit fondamental pour tous, les personnes en situation de handicap psychique se retrouvent confrontées à la difficulté de se loger à Paris mais aussi à la réalité de s'approprier son logement.

Pour répondre au mieux à ce nouveau besoin, le foyer d'hébergement « résidence Apollinaire » doit développer d'autres modalités d'accueil et faire évoluer ses modalités d'accompagnement. Je vais donc élaborer un projet dans le but de faire de ce foyer d'hébergement une étape intermédiaire dans le parcours de vie des personnes accueillies. Après avoir présenté le projet, nous verrons les changements qu'il induira, l'évaluation qui devra être faite et le plan de communication et l'échéancier qu'il faudra mettre en œuvre pour sa bonne réalisation.



## **3 LE FOYER D'HÉBERGEMENT, UNE ÉTAPE DANS UN PARCOURS DE VIE**

### **3.1 Présentation du projet**

Je souhaite développer un projet avec pour finalité que les personnes en situation de handicap psychique puissent accéder à un logement autonome comme tout citoyen. Pour que cette finalité soit atteinte, nous devons donc favoriser l'accès puis le maintien dans un logement autonome des personnes accueillies au sein de la résidence Apollinaire, pour celles qui en ont le souhait. La notion d'insertion par le logement devra être par la même interrogée.

#### **3.1.1 Repenser les objectifs et les moyens**

##### **A) Faire du foyer d'hébergement une étape intermédiaire**

Depuis plusieurs années, la mise en œuvre du projet de vie de la personne implique de tenir compte de ses différents parcours de vie où le parcours résidentiel a une place à part entière.

La résidence Apollinaire proposera toujours un hébergement pérenne pour les personnes en situation de handicap psychique qui en ont besoin. Mais aujourd'hui, elle ne répond pas aux besoins de certaines personnes souhaitant faire de ce foyer d'hébergement une simple étape intermédiaire dans leur parcours résidentiel.

Ces évolutions nous obligent à nous interroger sur la place que doit occuper la résidence Apollinaire sur son territoire et vis-à-vis des personnes accueillies. Le but du projet que je souhaite développer sera de repositionner la résidence Apollinaire comme une étape intermédiaire dans le parcours de vie des personnes accueillies. Au sein d'un réseau de professionnels, l'approche globale de la personne sera ainsi favorisée dans le respect de ses choix de vie.

##### **B) Développer d'autres modalités d'hébergement**

Afin de faire de ce foyer d'hébergement une étape intermédiaire et de répondre favorablement aux attentes du public et aux évolutions des politiques publiques, j'ai donc le projet de développer d'autres modalités d'hébergement. L'objectif de ce projet sera de créer quatre places supplémentaires qui seront externalisées dans des logements diffus, proches de la résidence Apollinaire.

Ce projet d'extension « hors les murs » répondra au besoin « d'hébergement passerelle » identifié depuis longtemps par l'équipe, comme un outil d'autonomisation. La personne accueillie gardera son statut d'hébergé et pourra expérimenter ainsi son projet d'accéder à un logement autonome. En effet, « "s'essayer" dans un logement constitue un préalable

souvent indispensable pour la réussite du projet individuel [et cela permettra par la suite] d'orienter les personnes vers une solution de logement adaptée »<sup>115</sup>.

De plus, si le logement est un élément de stabilisation pour la personne en situation de handicap psychique, la transition peut s'avérer compliquée si elle est mal ou pas du tout préparée. « L'habiter demande beaucoup plus qu'un *aménagement* [c'est] un processus complexe qui nécessite du temps avant d'être intégré totalement »<sup>116</sup>. Il n'y a pas de limite de prise en charge à la résidence Apollinaire. Ce sera aussi le cas pour ces logements diffus car il me paraît important de respecter la temporalité de chacun à s'expérimenter dans un logement.

Ce projet d'extension « hors les murs » va nous obliger à réfléchir sur nos pratiques professionnelles afin de pouvoir, entre autre, développer d'autres modalités d'accompagnement. Il va aussi nous obliger à réorganiser les ressources humaines et financières de l'établissement avec par exemple une ouverture à l'année de la résidence Apollinaire.

La conduite de ce changement doit être mise en œuvre par l'équipe de direction. En effet, il me paraît « nécessaire de penser le pouvoir non plus en termes individuels mais collectifs [car] les espaces de compétences du métier de directeur se sont complexifiés et élargis [et] le statut [des cadres intermédiaires] a évolué et les positionne clairement dans les métiers de direction<sup>117</sup>. Dans cette perspective, j'envisage de nombreux échanges avec la chef de service pour favoriser une réflexion en commun, même si les décisions finales m'appartiennent. De plus, je délèguerai à la chef de service la mise en œuvre de certaines actions. Tout le long du déroulé du projet, les différents échanges nous permettront aussi de réajuster en permanence les actions à mettre en œuvre. Ce mode de fonctionnement implique que la chef de service soit un véritable « relai » entre l'équipe et la direction, tout en sachant communiquer avec les deux<sup>118</sup>.

Pour mon plan d'action, j'envisage dans un premier temps de travailler avec les professionnels de la résidence Apollinaire sur certains préalables indispensables à la réussite du projet. Par la suite, je travaillerai avec l'équipe sur les différents paramètres du projet pour une mise en œuvre effective en 2017. En parallèle de ces actions, je vais développer une stratégie de communication interne et externe adaptée et les outils

---

<sup>115</sup> DELHON L., septembre 2014, « Handicap psychique et logement : le rôle-clé de l'accompagnement », *Lien social*, n°1147, pp. 24-28.

<sup>116</sup> ARVEILLER J-P., JOST-DALIFARD F., 2011, « La capacité à habiter peut-elle s'évaluer ? A propos d'une expérience de secteur », *Pratiques en santé mentale*, n°4, pp. 17-22.

<sup>117</sup> MIRAMON J-M., PEYRONNET G., 2009, *Penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social*, Paris : Seli Arslan, pp. 154-155.

<sup>118</sup> *Evolution structurelle du secteur médico-social : quels changements pour les cadres intermédiaires ?*, module interprofessionnel de santé publique, EHESP, 2015, pp. 17-18.

d'évaluation nécessaires au projet. L'échéancier synthétisera dans le temps le déroulé de toutes les actions.

### 3.1.2 Des préalables indispensables avant la mise en œuvre du projet

A) L'évaluation interne comme base de réflexion à la réécriture du projet d'établissement

C'est l'article 22 de la loi du 2 janvier 2002 qui institue l'obligation de procéder à une évaluation interne tous les cinq ans. Cette obligation est retranscrite à l'article L. 312-8 du CASF : « les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ».

A l'association Aurore, c'est la directrice de la qualité qui est responsable de la mise à jour des référentiels servant à toute évaluation interne. La dernière évaluation externe de la résidence Apollinaire, insiste sur l'importance « d'adapter le référentiel au regard des aspects réglementaires et des dernières recommandations de l'ANESM ».

Je vais donc travailler en amont avec la directrice de la qualité, le directeur du pôle et la chef de service pour adapter un nouveau référentiel qui permettra de préparer le travail de réflexion collective à venir avec l'équipe. Je vais m'appuyer pour cela sur deux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM :

- *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du CASF (mars 2008) ;*
- *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du CASF, (avril 2009).*

Réalisée sous ma responsabilité, l'évaluation interne a pour objectif d'« adapter les réponses aux besoins des personnes accompagnées, et à prévenir les risques liés à leur vulnérabilité »<sup>119</sup>. Elle doit se faire dans une démarche participative afin d'intégrer les perspectives de tous les acteurs concernés (professionnels dont la direction, résidents et leur famille, partenaires, etc.). Elle doit permettre, par une méthode rigoureuse, de mesurer les écarts entre les besoins identifiés et les réponses apportées par la résidence Apollinaire.

---

<sup>119</sup> Recommandation de bonnes pratiques professionnelles *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du CASF*, ANESM, avril 2009, p. 1.

L'ANESM recommande que l'évaluation interne se déroule en quatre phases qui sont de définir le cadre évaluatif, de recueillir des informations fiables et pertinentes, d'analyser et comprendre les informations recueillies et pour finir de piloter les suites de l'évaluation.

Dans la recommandation de l'ANESM, la phase 1 prérequis indispensable aux autres phases, va permettre de :

- énoncer les fondements des activités déployées ;
- caractériser le profil des populations auprès desquelles les activités sont déployées ;
- spécifier les objectifs de l'accompagnement et les critères d'appréciation des activités<sup>120</sup>.

C'est lors de cette phase que je pourrai, avec la chef de service, inciter les professionnels à s'interroger sur la notion d'insertion par le logement et sur l'évolution des profils des populations accueillies, dans l'objectif de faire évoluer leurs compétences collectives.

Avec la volonté de laisser le temps de la réflexion, j'étalerai sur six mois le déroulé de cette évaluation interne. Elle se fera sous forme de groupes de travail où participeront tous les acteurs. Je délèguerai à la chef de service le pilotage de ces groupes de travail. Cette évaluation nous servira d'outil pour manager par la qualité et par la conduite de projet.

Le projet d'établissement ou de service est l'un des outils issus de la loi du 2 janvier 2002. À ce sujet, l'ANESM a aussi publié une recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service* (décembre 2009).

Dans notre cas, où l'évaluation interne est une base à la réécriture du projet d'établissement, il devra intégrer les pistes d'amélioration identifiées. En termes de modalités d'organisation, toujours sous ma responsabilité, la réécriture se fera dans les mêmes conditions que l'évaluation interne (acteurs, durée, management). Le travail de réécriture du projet d'établissement permettra de redonner du sens et de la cohérence dans les pratiques des professionnels. Il me servira aussi de levier, au même titre que l'évaluation interne, pour diminuer les résistances de l'équipe vis-à-vis du projet.

## B) Des résistances anciennes à prendre en compte

L'évolution des politiques publiques (pression externe) et des besoins des personnes accueillies (pression interne) nous obligent à nous adapter en permanence à ces évolutions et à changer nos pratiques professionnelles. Mais faire évoluer ces pratiques prend du temps et implique un management adapté.

---

<sup>120</sup> Recommandation de bonnes pratiques professionnelles *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du CASF*, ANESM, avril 2009, pp. 15-30.

Depuis plusieurs années, l'équipe socio-éducative de la résidence Apollinaire avait anticipé sur les changements à venir en identifiant certaines difficultés liées à l'accompagnement au logement et en proposant à l'époque une solution d'un « hébergement passerelle ». Mais les professionnels n'ont jamais quitté la phase de résistance, indissociable de tout processus de changement. Dans leur cas, elle s'est manifestée par une inertie des professionnels concernés. Aucune action, ni évolution n'a émergé suite au nouveau besoin identifié.

Rappelons que le changement implique de passer d'une situation A à une situation B, et, quel qu'il soit, le changement est le plus souvent subi par les personnes concernées. Il existe deux types de changement : le premier prend place à l'intérieur du système donné, le second modifie ce système. Faire évoluer les pratiques professionnelles est un changement qui a son importance mais il ne va pas modifier le système. Ce changement est fondé sur la continuité qui vise à améliorer l'existant.

A la résidence Apollinaire, un certain nombre d'éléments vont favoriser ma conduite du changement :

- un management participatif

C'est un mode de management qui est largement utilisé au sein de la résidence Apollinaire, que ce soit par le directeur du pôle, la chef de service ou moi-même. Le personnel est donc déjà familiarisé aux pratiques liées à ce mode de management : consultation, responsabilisation, délégation, etc., mais il peut justement « avoir des limites qui sont liées à la résistance du personnel »<sup>121</sup>.

- une base de réflexion déjà acquise

En effet, l'équipe socio-éducative est déjà dans un processus et une organisation de réflexion grâce aux groupes de travail mis en place lors de la réalisation de l'évaluation interne et de la réécriture du projet d'établissement. Les thèmes de travail abordés serviront de base de réflexion.

- un bon climat social

Le personnel peut échanger de manière constructive et s'exprimer librement entre collègues mais aussi auprès de la hiérarchie.

« Pour permettre à chaque salarié de “donner le meilleur de lui-même” il faut d'abord, le placer dans des conditions de travail qui vont favoriser cette libération de ses capacités »<sup>122</sup>. Avec la chef de service, je vais donc favoriser la réflexion et les échanges

---

<sup>121</sup> LEFEVRE P., 2011, *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p. 336.

<sup>122</sup> JANVIER R., 2012, *La fonction de direction en institution sociale et médico-sociale*, Paris : L'Harmattan, p. 87.

entre professionnels. Cela suppose que nous maintenions un management participatif et bienveillant car « l'adhésion des acteurs aux objectifs communs est plus importante et plus efficace que la contrainte à faire ou à faire exécuter »<sup>123</sup>. Cela est d'autant plus vrai que l'évolution des pratiques professionnelles passe par une remise en question personnelle et constructive et ne peut être imposée de fait par quelqu'un d'extérieur.

Dans cette dynamique, je propose de mettre en place :

- des sessions d'analyse des pratiques professionnelles

Il me paraît en effet indispensable pour l'équipe de pouvoir échanger à ce sujet en dehors du temps institutionnel habituel de la réunion d'équipe et en étant accompagné par un intervenant extérieur. Cet espace leur est dédié afin de mettre l'accent sur la nécessité de continuellement penser leurs pratiques et d'élaborer plus avant dans cet espace spécifique de nouvelles modalités d'ajustement face aux évolutions des besoins exprimés des publics.

- des formations, comme outil privilégié d'adapter le personnel aux évolutions

J'ai déjà identifié différentes formations qui me semblent pertinentes pour aider à la réflexion comme par exemple « l'accompagnement des professionnels à la fin de la prise en charge ».

Je privilégierai des formations dont j'élaborerai le contenu avec l'intervenant extérieur et la chef de service. Ces formations se feront au sein de la résidence Apollinaire avec toute l'équipe socio-éducative ce qui soutiendra le travail de réflexion collective. Et comme ce travail de réflexion prend du temps, j'envisage une journée par mois sur plusieurs mois.

- des échanges avec d'autres professionnels du secteur

Ces rencontres auront pour objectif de pouvoir échanger sur les pratiques professionnelles, de confronter les points de vue avec leurs pairs. Par exemple, une rencontre avec des professionnels d'un foyer d'hébergement qui a déjà diversifié ses modes d'accueil. L'équipe de direction identifiera en amont les professionnels à rencontrer avec l'aide de l'équipe socio-éducative, et la chef de service organisera par la suite les différents RDV.

- des améliorations de la communication interne

En parallèle des différentes actions précédemment citées, il me paraît aussi opportun d'améliorer la communication interne existante afin que les professionnels puissent rester concentrés sur leur cœur de métier. Pour cela, j'envisage des formations (exemple : maîtrise de l'outil informatique, améliorer les écrits professionnels, etc.) mais aussi des achats complémentaires pour le parc informatique.

---

<sup>123</sup> JANVIER R., 2011, *Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale*, Issy-les-Moulineaux : ESF, p. 48.

Ce travail sur les résistances est un préalable indispensable à la réflexion future concernant l'accompagnement des personnes accueillies dans les logements diffus. Mais pour garantir un accompagnement dans le temps, de qualité et qui répond aux évolutions des politiques publiques et des besoins des personnes accueillies, je devrai rester vigilante aux conditions favorisant la démarche de réflexion chez les professionnels de la résidence Apollinaire.

C) Au delà des partenariats, le développement d'un travail en réseau

La résidence Apollinaire a su développer les relations partenariales nécessaires à l'accompagnement médico-social que les professionnels proposent au sein du foyer d'hébergement. Cependant, dans l'objectif de développer d'autres modes d'hébergement et afin d'améliorer l'accompagnement concernant l'insertion par le logement, la résidence Apollinaire doit développer d'autres relations partenariales.

Au delà de ces futures relations, il me paraît important de développer un travail en réseau devenu indispensable dans le cadre d'une approche globale et inclusive de la personne accueillie, avec pour objectif l'accès puis le maintien dans un logement autonome. Le travail en réseau a en effet « des potentialités qui peuvent excéder les limites de partenariats locaux »<sup>124</sup>.

Un réseau professionnel est « un mode d'organisation du travail qui implique les acteurs du réseau secondaire et qui est destiné à faciliter la coordination des professionnels de 1<sup>ère</sup> ligne qui interviennent dans le cadre de leurs missions respectives, dans le dispositif mis en place pour l'utilisateur »<sup>125</sup>. Un réseau professionnel ne peut émerger qu'à certaines conditions, la principale étant la « nécessité d'une situation problème commune [...] aux acteurs que l'on veut impliquer dans un travail en réseau »<sup>126</sup>.

La mise en place du travail en réseau suppose donc d'avoir en amont identifié avec l'équipe de la résidence Apollinaire les différents acteurs susceptibles d'être concernés par notre problématique comme par exemple : SAVS/SAMSAH, résidence accueil, GEM mais aussi mairies des arrondissements, bailleurs sociaux, car l'association Aurore a déjà recours avec succès aux dispositifs de baux glissants et d'intermédiation locative dans ses autres pôles.

---

<sup>124</sup> JAEGER M., mai/juin 2003, « Travail en réseau et territoires d'action », *Les cahiers de l'actif*, n°324/325, p. 55.

<sup>125</sup> DUMONT R., mai/juin 2003, « Travail en réseau et territoires d'action », *Les cahiers de l'Actif*, n°324/325, p. 70.

<sup>126</sup> *Ibid.*, p. 74.

Par la suite, la chef de service et moi-même rencontrerons les différents responsables de ces structures. Tous ensemble, en amont et tout du long de ce travail en réseau, nous serons attentifs à :

- clarifier les missions, le projet et en rester les garants ;
- déléguer mais aussi gérer les risques ;
- développer un mode de management permettant la participation ;
- privilégier la compétence et développer une culture de mutualisation des compétences<sup>127</sup>.

Certaines de ces nouvelles relations impliqueront, dès l'existence de ce réseau partenarial, une contractualisation avec par exemple les conventions tripartites dans le cadre des baux glissants.

Par contre, ce sera aux différents intervenants du réseau de « se doter de règles de fonctionnement interne [...]. Réunion de travail, travail en groupe, productions écrites [...], seront autant de révélateurs d'un mode de fonctionnement quasi autonome de cette organisation transversale »<sup>128</sup>.

Et comme chaque réseau, il devra trouver son équilibre pour « savoir être suffisamment informel pour permettre souplesse et adaptation rapide aux besoins, mais aussi suffisamment structuré et organisé pour pouvoir se maintenir dans la durée et conserver une cohérence et une unité minimales »<sup>129</sup>. La rédaction d'une charte commune à tous les acteurs peut être une des solutions possibles.

Avec la chef de service, j'apporterai une vigilance particulière à « concilier le projet du réseau et les attentes » de l'établissement et que la participation au travail en réseau se fasse « sous forme de "turn-over" »<sup>130</sup> afin de garder tout le personnel impliqué mais aussi de limiter les jeux de pouvoirs liés à l'acquisition de compétences et connaissances supplémentaires. De plus, comme le rappelle Henry Mintzberg, nous devons aussi « entretenir [ces] réseaux de contacts » à notre niveau de manager afin de maintenir « les liens avec l'extérieur »<sup>131</sup>.

---

<sup>127</sup> DUMONT R., mai/juin 2003, « Travail en réseau et territoires d'action », *Les cahiers de l'Actif*, n°324/325, pp. 74-75.

<sup>128</sup> *Ibid.*, p. 75.

<sup>129</sup> MATHIEU L., mai/juin 2003, « Travail en réseau et territoires d'action », *Les cahiers de l'Actif*, n°324/325, p. 27.

<sup>130</sup> DUMONT R., art. cit., p. 92.

<sup>131</sup> MINTZBERG H., 2014, *Manager - l'essentiel : ce que font vraiment les managers... et ce qu'ils pourraient faire mieux*, Paris : Vuibert, pp.56-57.

### 3.1.3 Le projet d'extension « hors les murs »

#### A) Le choix des appartements

Le choix de ces appartements ne peut se faire de manière anodine et sans l'avis de l'équipe de la résidence Apollinaire. En effet, dans le cadre du projet d'extension, ces logements devront répondre à plusieurs critères :

- la distance entre ces appartements et la résidence Apollinaire

Ils ne devront pas être trop éloignés du foyer d'hébergement. Cela aura pour effet de rester rassurant pour les personnes accueillies dans ces appartements et de diminuer les temps de transport pour les professionnels lors des visites à domicile (VAD).

- le type d'appartement

Il est important, me semble-t-il, de pouvoir proposer plusieurs types d'appartement. Des studios, toujours difficiles à trouver sur Paris, pour permettre à ceux qui le souhaitent de vivre seul ; et des appartements de type F3, où il sera possible de vivre en colocation, pour permettre aux personnes concernées de mieux gérer leur solitude. À l'inverse, il est préférable, je pense, de limiter la taille de ces appartements à l'accueil de deux personnes maximum afin d'éviter un « effet collectivité ».

- l'ameublement des appartements

Ces appartements, pour des raisons pratiques liées aux modalités d'accueil, seront meublés pour l'essentiel. L'ameublement permettra de vivre dans de bonnes conditions et n'empêchera pas la personne accueillie d'investir son logement avec ses propres meubles, décoration, etc.

Avec l'accord du financeur et du directeur du pôle accueils et soins psychiques, je fais le choix de louer deux studios individuels et un appartement collectif pour deux personnes. En augmentant de quatre places la capacité d'accueil de la résidence Apollinaire, je veille à ce que le foyer d'hébergement reste à taille humaine. Cela permet aussi à l'équipe de prendre doucement ses marques dans cette nouvelle organisation.

L'association Aurore est souvent sollicitée par des bailleurs sociaux ou des propriétaires privés pour prendre en gérance des appartements sur Paris au sein des pôles Hébergement et Habitat. La seule contrainte concernant ce projet d'extension sera donc de trouver des appartements proches de la résidence Apollinaire.

#### B) De nouveaux modes d'accompagnement à inventer

Même si ces logements diffus seront géographiquement proches de la résidence Apollinaire, il n'en demeure pas moins que les personnes hébergées dans ces logements vivront « hors les murs ». Ces dernières seront donc « chez elles », dans un espace totalement privé : ce sera leur appartement. Pour autant, elles restent des résidents à part

entière du foyer d'hébergement et seront donc toujours accompagnées par les professionnels de l'établissement.

Si les objectifs de cet accompagnement seront identiques à ceux proposés au sein de la résidence Apollinaire (maintien dans l'emploi, démarche administrative, vigilance santé, etc.), le contenu de cet accompagnement sera pourtant différent et devra être pris en compte par les professionnels (gérer son budget, cuisiner, etc.).

Mais plus globalement, un certain nombre de problématiques nouvelles vont apparaître et il me paraît important que l'équipe socio-éducative de la résidence Apollinaire y réfléchisse en amont afin d'anticiper les situations à risque. En effet, une des problématique majeure pour les professionnels concernant les personnes accueillies dans les logements diffus sera de trouver un équilibre entre autonomie et protection de la personne.

J'envisage donc de mettre en place des groupes de travail comme cela a déjà été le cas lors de l'évaluation interne et de la réécriture du projet d'établissement. L'équipe socio-éducative qui aura réfléchi sur ses pratiques professionnelles sera déjà dans une démarche de réflexion et d'amélioration. Je délèguerai de nouveau à la chef de service le pilotage de ces groupes de travail

J'ai identifié certains axes de réflexions que les professionnels complèteront au cours de ces groupes de travail :

- Comment accompagner la personne accueillie dans le « savoir habiter » ?

L'accompagnement au logement doit en effet tenir compte de la temporalité de la personne pour qu'elle s'approprie son logement. La relation, entre la personne accueillie et le professionnel, peut l'aider à parvenir à se sentir chez elle dans ce nouveau logement. Il sera donc important pour l'équipe de « ne pas réduire l'évaluation de la situation à l'étude du mode d'hébergement et à la capacité de s'y maintenir, mais bien de s'interroger sur la façon dont la personne habite son logement, les conditions dans lesquelles elle y vit mais aussi sa capacité à en sortir, à ne pas rester "enfermée" dans son logement sans lien social extérieur »<sup>132</sup>.

- Comment accompagner la personne accueillie dans l'organisation de sa journée ?

Les professionnels n'auront plus la même visibilité sur l'organisation des journées de la personne accueillie dans les logements diffus. De plus, la gestion du temps quotidien ne sera plus la même et la notion de journée-type va perdre de son sens. Un travail de réflexion devra donc se faire car cela ne se résume pas à vérifier que la personne a mis son réveil le matin pour aller travailler.

---

<sup>132</sup> BARREYRE J-Y., PEINTRE C., 2009, « Handicap psychique et insertion sociale », *Vie sociale*, n°1, p. 70.

- Comment accompagner la personne accueillie à identifier les situations à problème et quelles sont les ressources à sa disposition pour y remédier ?

« Il faut ainsi accepter une certaine prise de risque inhérente à la marge d'autonomie laissée aux personnes »<sup>133</sup>. Cette démarche ne pourra se faire que dans le cadre d'une relation de confiance entre la personne accueillie et les professionnels, en tenant compte de la temporalité de la personne. De plus, les professionnels devront donc identifier et réfléchir à la prise en compte de ces situations à problème (exemple : intrusion, risques incendie, etc.). Des actions d'information et de formation individuelle de la personne accueillie seront peut-être à prévoir selon ses besoins.

- Comment maintenir le lien entre l'établissement et la personne accueillie ?

Pour les personnes accueillies dans les logements diffus, les « murs » du foyer d'hébergement ne seront plus que symboliques. C'est aux professionnels de la résidence Apollinaire à maintenir le lien avec par exemple la mise en place de temps collectifs institutionnels ou conviviaux mais aussi des RDV et appels téléphoniques. La relation pourra alors se substituer aux « murs » de l'établissement si elle est suffisamment contenante et rassurante.

- Comment prévenir la solitude de la personne accueillie et lutter contre son isolement ?

Les personnes accueillies à la résidence Apollinaire sont confrontées à la solitude mais dans une bien moindre mesure que celles vivant dans un logement diffus. En effet, la collectivité est présente dans tous les moments de leur vie au sein du foyer d'hébergement, ce qui ne sera plus le cas pour les personnes hébergées dans les logements diffus. Les professionnels de la résidence Apollinaire devront donc le prendre en compte dans leur accompagnement en identifiant avec les personnes des activités et en maintenant une vigilance accrue auprès des personnes accueillies.

- Quelles nouvelles contraintes pour les professionnels vont émerger dans ce nouveau mode d'accompagnement ?

En dehors des problématiques liées à l'organisationnel (temps de déplacement, etc.), les professionnels vont être confrontés à un nouveau cadre lors des VAD. En effet, « souvent seul » et « moins protégé » qu'au sein de l'établissement, le professionnel ne trouvera pas non plus le même « soutien auprès de ses collègues ou de sa hiérarchie ». Il devra donc trouver ses marques et accepter que « la maîtrise de la relation [avec la personne accueillie sera] beaucoup plus difficile ». Elian Djaoui parle même au sujet de certaines interventions d'« effraction de l'intimité du professionnel ! »<sup>134</sup>. La relation à l'intimité, que

---

<sup>133</sup> CORMIER H., février 2007, « Des "maisons" pour se donner le temps de l'autonomie », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2495, pp. 47-48.

<sup>134</sup> DJAOUI E., 2008, *Intervenir à domicile*, Rennes : Presses de l'EHESP, p. 240.

ce soit celle du professionnel ou de la personne accueillie, sera aussi impactée par l'absence du résident ou son refus de la VAD mais aussi la présence d'un tiers lors de la VAD, situation qui n'existe pas au sein de la résidence Apollinaire.

- L'apparition de nouveaux droits et comment les professionnels peuvent-ils les prendre en compte ?

Les règles de vie dans les lieux collectifs, comme à la résidence Apollinaire, sont plutôt strictes et ne tiennent pas compte de certains droits comme la vie affective des personnes accueillies (exemple : recevoir une personne pour la nuit). Une réflexion au niveau associatif est en cours sur ce sujet. De plus, ces règles actuelles de vie ne pourront de fait pas s'appliquer aux personnes hébergées dans les logements diffus. Les professionnels de la résidence Apollinaire vont donc devoir réfléchir à la prise en compte de ces nouveaux droits. Cette réflexion pourrait se faire avec les personnes accueillies.

- Et pour aller plus loin ?

Nous l'avons vu, la notion de rétablissement permet à la personne en situation de handicap psychique un réengagement dans une vie active. Même si c'est une démarche personnelle, et donc à l'initiative de la personne, nous pouvons aussi réfléchir à la manière de favoriser cette démarche en travaillant à la promotion de l'autodétermination au sein de la résidence Apollinaire et de ses logements diffus.

### C) Un essai à transformer

Ce projet d'extension « hors les murs » est une étape dans l'expérimentation. Par la suite, je souhaite développer la capacité d'accueil « hors les murs » sans pour autant diminuer celle existante à la résidence Apollinaire. De cette manière, la résidence Apollinaire proposera un accueil en hébergement collectif et en hébergement individuel. Les personnes accueillies auront donc plus de choix concernant leur hébergement. Le foyer d'hébergement sera alors une véritable étape dans le parcours résidentiel de la personne dans le cadre de son projet de vie.

Ne voulant dépendre d'un appel à projet, j'envisage une augmentation de places de manière progressive. En effet, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (2009-879), modifiée par le décret du 30 mai 2014 (2014-565) précise que : « le seuil mentionné au I de l'article L. 313-1-1, à partir duquel les projets d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux doivent être soumis à la commission de sélection, correspond à une augmentation d'au moins 30% de la capacité de l'établissement ou du service, quel que soit le mode de définition de la capacité de l'établissement ou du service prévu par les dispositions du code pour la catégorie dont il relève ».

Cette augmentation progressive aura aussi pour but de vérifier régulièrement si la demande d'hébergement « hors les murs » se maintient tout en laissant le temps nécessaire aux professionnels et aux personnes accueillies de s'adapter.

## **3.2 Les changements à prévoir dans le cadre du projet**

### **3.2.1 Pour les personnes accueillies**

#### **A) Les démarches administratives**

Le projet d'extension n'aura pas d'impact sur les conditions d'admission puisque la personne adulte devra toujours :

- être reconnue en situation de handicap par la CDAPH ;
- avoir une orientation en foyer d'hébergement délivrée par la CDAPH ;
- exercer en journée une activité à caractère professionnel en milieu protégé comme par exemple en ESAT ou en milieu ordinaire et donc bénéficier d'une RQTH.

La procédure d'admission restera elle aussi inchangée. La chef de service et l'équipe devront rester vigilants afin que les candidats qui expriment le souhait d'accéder à un logement autonome, s'il se maintient dans le temps, puissent intégrer cet objectif dans leur projet individualisé.

Le critère interne lié au suivi des soins psychiques demeurera. Ce sera à l'équipe et à la chef de service de définir avant la mise en œuvre du projet ou au cours de son expérimentation, si d'autres critères internes devront être mis en place.

#### **B) Les résidents du foyer d'hébergement**

Les résidents ont pu s'exprimer collectivement durant l'évaluation interne mais aussi lors de la réécriture du projet d'établissement. Durant ces temps de réflexion, le thème de l'insertion par le logement a été abordé comme expliqué précédemment. De plus, tous les résidents ont la possibilité de s'exprimer individuellement sur leurs besoins et attentes dans l'évaluation conjointe et annuelle de leur projet individualisé. Le projet de logement de la personne fait partie des questions à traiter. Par rapport au projet d'extension « hors les murs », les personnes accueillies actuellement au sein de la résidence Apollinaire seront informées collectivement lors des différentes instances participatives du foyer d'hébergement.

Néanmoins, le souhait d'accéder à un logement autonome est une démarche individuelle. L'amorce du projet, qui correspond le plus souvent au souhait exprimé par le résident auprès du professionnel, doit rester à l'initiative de la personne accueillie. Par la suite, le professionnel proposera un accompagnement adapté à l'insertion par le logement,

réfléchi avec l'équipe et le résident concerné. Cet accompagnement, selon le projet de la personne accueillie, passera alors par l'expérimentation dans un des logements diffus.

### C) Les nouveaux candidats

Chaque année, un certain nombre de nouveaux candidats qui veulent rentrer à la résidence Apollinaire n'expriment aucun souhait concernant un éventuel projet de logement pour diverses raisons. L'évolution de la personne accueillie au sein de la résidence Apollinaire et l'accompagnement proposé par les professionnels feront peut-être ressortir par la suite un projet de logement. Mais que ce soit le cas ou non, la résidence Apollinaire a toujours la volonté de proposer un hébergement pérenne pour ceux qui en ont besoin.

En parallèle, 40% des candidatures expriment le souhait d'accéder plus ou moins rapidement à un logement autonome, le foyer d'hébergement étant perçu comme une étape intermédiaire ou un hébergement pérenne par défaut. Les professionnels devront prendre rapidement en compte ces demandes et réfléchir à la nécessité ou non d'un passage obligatoire en hébergement collectif avant d'accéder à un hébergement individuel pour les personnes nouvellement accueillies.

## 3.2.2 Concernant les ressources humaines

### A) Des ajustements d'organisation nécessaires

Avant la mise en place effective du projet d'extension « hors les murs », je réorganiserai le service en privilégiant le redéploiement du personnel selon les besoins de la structure et les souhaits du personnel exprimés lors des entretiens d'évaluation professionnelle effectués en 2014. Ces modifications ne concernent que l'équipe socio-éducative puisque mon objectif est d'améliorer l'accompagnement actuellement proposé aux résidents du foyer d'hébergement par quelques ajustements :

- Je vais privilégier les contrats à temps plein et la pluridisciplinarité lors de futures embauches.
- La chef de service aura la mission de mettre en place des remplacements par du personnel extérieur quand cela sera nécessaire, en fidélisant du personnel mobile au sein de l'association Aurore.
- La chef de service aura la responsabilité de retravailler la fiche de poste pour clarifier les tâches et responsabilités de l'assistance sociale.

Ci-dessous la réorganisation des effectifs de l'équipe socio-éducative :

<b>Agent</b>	<b>Nombre ETP en 2015</b>	<b>Ajustements prévus en 2016</b>	<b>Nombre d'ETP en 2016</b>
Animateur 1 (nuit)	1,00	Départ en retraite Embauche d'une AMP	1,00
Animateur 2 (nuit)	1,00	Mutation interne (souhait de travailler en journée) Embauche d'une AMP	1,00
Animateur 3	1,00	Pas de changement	1,00
Animateur 4	1,00	Pas de changement	1,00
Animateur 5	0,75	Pas de changement	0,75
Animateur 6	0,75	Transformation de 0,75 ETP à 0,50 (Souhait d'un contrat mi-temps pour raisons familiales)	0,50
Animateur 7	0,75	Transformation d'un contrat à temps partiel à un temps complet (souhait de travailler à temps plein)	1,00
Animateur 8 (AS/animateur)	0,50 + 0,50	Pas de changement	1,00
<b>TOTAL</b>	<b>7,25</b>		<b>7,25</b>

Avec ces divers ajustements, la qualité et l'organisation de l'accompagnement vont s'en trouver améliorées, sans que le ratio d'encadrement soit modifié.

#### B) Clarification de la fiche de poste de l'assistante sociale

A la résidence Apollinaire, le poste « animateur 8 », qui correspond à deux mi-temps d'assistance sociale et d'animateur en charge de la qualité, est occupé par une même personne, anciennement animatrice à temps plein au sein de l'établissement. Comme expliqué précédemment, cette situation pose quelques difficultés pour l'équipe socio-éducative dans la répartition des tâches entre l'assistante sociale et les animateurs.

De plus, je considère que la garantie de la qualité ne devrait pas incomber à une seule personne. C'est l'équipe de direction qui est garante de la qualité au sein d'un établissement. C'est donc à elle de faire en sorte que la qualité soit l'affaire de tous. Cela permettra de recentrer l'action des professionnels sur l'accompagnement des projets individualisés.

Dans la fiche de poste actuelle, l'assistante sociale a pour mission :

- de contribuer au projet de soins et/ou d'insertion de chaque usager, au sein de l'équipe pluridisciplinaire ;
- d'aider à retrouver, à accéder ou à maintenir une certaine autonomie et « tenter » de recréer un certain lien social ;

- d'assurer l'interface entre l'établissement et les instances extérieures (travail en réseau, partenariat).

Dans le cadre de la clarification de ce poste, je vais demander à la chef de service de centrer d'avantage la fonction de l'assistante sociale sur l'insertion par le logement ce qui permettra de la positionner comme la référente logement du foyer d'hébergement.

### C) Une organisation interne à repenser complètement

Ce projet d'extension va entraîner une ouverture à l'année de la résidence Apollinaire dès 2017. L'organisation de l'établissement est à repenser complètement et concerne tout le personnel du foyer d'hébergement, avec par exemple la fin des congés annuels pour tous au mois d'aout. Les IRP, le siège et le personnel de la résidence Apollinaire seront sollicités dans cette réflexion afin que la réorganisation se fasse dans les meilleures conditions possibles.

Cette réorganisation n'entraînera pas d'impact pour les postes mutualisés au siège du pôle. Par contre, des créations de poste seront donc à prévoir qui pourront être pourvues par de la mobilité interne ou du recrutement. Je prévois des embauches supplémentaires de personnel des services généraux et socio-éducatifs (respectivement 0,30 et 1,40 ETP)<sup>135</sup>. Ci-dessous la comparaison entre 2015 et 2017 des ETP de la résidence Apollinaire :

	<b>Intitulé du poste</b>	<b>Nombre d'ETP en 2015</b>	<b>Nombre d'ETP en 2017 (prévisionnel)</b>
Au niveau du pôle	Encadrement (directeur du pôle)	0,13	0,13
	Administration	0,19	0,19
	Gestion	0,16	0,16
Au niveau de la résidence Apollinaire	Encadrement (chef de service)	1	1
	Administration	0,5	0,5
	Services généraux	1,67	1,97
	Médical	0,08	0,08
	Socio-éducatif	7,25	8,65
TOTAL ETP :		10,98	12,68
Nombre de places		23	27
Ratio d'encadrement socio-éducatif		0,31	0,32

<sup>135</sup> Annexe n°8 : détail des différents calculs.

### 3.2.3 L'ajustement du budget

#### A) Affectation du résultat exceptionnel de l'année 2014

L'année 2016 sera une année de transition et de préparation pour la résidence Apollinaire. Avec l'accord du directeur du pôle, je proposerai au financeur l'affectation du résultat excédentaire en mesures d'investissement selon l'article R. 314-51 du CASF afin de financer la mise en œuvre du projet d'extension « hors les murs » comme détaillé ci-dessous<sup>136</sup> :

Intitulé	Coût
<u>Investissements :</u>	
Ameublement appartement collectif pour deux personnes	5 000 euros
Ameublement studio 1	2 500 euros
Ameublement studio 2	2 500 euros
Matériel informatique	1 500 euros
<u>Formations :</u>	
Formations pour aider à la réflexion (six jours)	7 200 euros
Formations pour améliorer la communication (trois jours)	3 600 euros
Sessions d'analyse des pratiques professionnelles (six jours)	7 200 euros
TOTAL	29 500 euros
Résultat comptable 2014	38 390 euros

#### B) De nouvelles charges à prévoir

Le projet d'extension « hors les murs », avec ses quatre places supplémentaires et l'augmentation du nombre de jours d'ouverture de la résidence Apollinaire, va entraîner une hausse des charges. Avec le support de la direction financière du siège, je vais donc devoir présenter au financeur un nouveau plan pluriannuel de financement, accompagné entre autres d'un tableau des surcoûts, selon l'article R. 314-20 du CASF.

J'ai déjà identifié un certain nombre de coûts supplémentaires à prendre en compte dès 2017<sup>137</sup> :

Intitulé	Coût
Dotation aux amortissements	1 750 euros
Loyers charges comprises	37 200 euros
Autres charges	4 800 euros
Budget vie quotidienne du résident	12 000 euros
Embauche de personnel des services généraux	8 350 euros
Embauche de personnel socio-éducatif	56 700 euros
TOTAL	120 800 euros

<sup>136</sup> Annexe n°8 : détail des différents calculs.

<sup>137</sup> Annexe n°8 : détail des différents calculs.

### C) Une augmentation de l'activité et des produits

De plus, je vais devoir tenir compte de l'activité supplémentaire liée à ce projet dans le budget de 2017.

L'activité prévue en 2014 avec vingt-trois résidents est de : 7 500 journées pour un taux d'occupation de 94,79%. Avec une ouverture à l'année et vingt-sept résidents, je peux prévoir une activité prévisionnelle de 9 340 journées pour le même taux d'occupation.

Avec une augmentation de 24% de l'activité, nous pouvons nous attendre à une augmentation du total des produits en 2017. En 2014, le total des produits était de 948 223 euros, ce qui ferait une augmentation de 227 575 euros en 2017<sup>138</sup>.

## 3.3 L'évaluation du projet

### 3.3.1 Une évaluation continue avec le plan d'amélioration de la qualité

#### A) Démarche d'amélioration continue de la qualité et évaluation

Si la démarche d'amélioration de la qualité et l'évaluation (interne et externe) sont « deux notions étroitement liées, [elles ne sont pas] équivalentes, la première revêtant un caractère continu, la seconde présentant des caractéristiques plus ponctuelles et rythmées dans le temps ». Elles sont d'ailleurs définies de la manière suivante :

- « La démarche qualité correspond à un processus d'amélioration continue de la qualité des prestations fournies. Il s'agit d'une démarche volontariste et collective, sur une longue durée, engagée par un établissement ou un service afin de conforter ses points forts et réduire progressivement ses points faibles.
- L'évaluation, qu'elle soit interne ou externe, a pour finalité de mesurer à intervalles réguliers grâce à un référentiel, le niveau d'atteinte des objectifs que l'établissement s'est fixé dans le cadre de sa démarche qualité. Le constat des écarts conduit le plus souvent à des actions correctives, infléchissant le processus engagé »<sup>139</sup>.

#### B) Une démarche existante mais qui doit être améliorée

Suite à l'évaluation interne de 2008, la résidence Apollinaire a mis en place une démarche d'amélioration continue en élaborant un Plan d'amélioration de la qualité (PAQ).

Mais l'évaluation externe de 2011 laisse apparaître d'une part, que « les usagers ont été associés à la démarche indirectement par le biais notamment d'un questionnaire de satisfaction », et d'autre part que « l'évaluation des résultats produits par les actions

---

<sup>138</sup> Annexe n°8 : détail des différents calculs.

<sup>139</sup> *Guide méthodologique Démarche qualité – évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire*, DGAS, mars 2004, pp. 6-9.

d'amélioration n'est ni réalisée de façon régulière, ni formalisée [et que] les éléments de diagnostic sur lesquels se construisent le plan d'amélioration ne sont pas réactualisés régulièrement ».

C'est pourquoi l'évaluation externe préconise que « la mise en œuvre d'un suivi régulier du PAQ [doit être] retracé dans les documents [pour permettre] de rendre compte de l'ensemble des progrès réalisés, des actions à poursuivre ou des réorientations ».

#### C) Le rôle de l'équipe de direction et les modalités d'organisation

L'association Aurore dispose d'une direction de la qualité qui anime la démarche au niveau associatif et sert donc de support et de ressources pour les établissements et services. Au sein de la résidence Apollinaire, c'est l'équipe de direction qui est garante de la qualité et cette démarche doit donc être une de nos préoccupations quotidiennes.

Suite à la nouvelle évaluation interne, l'équipe socio-éducative et la chef de service définiront et prioriseront les nouveaux objectifs d'amélioration. Après ma validation, nous les déclinerons ensuite en actions planifiées. C'est au cours de la réunion d'équipe hebdomadaire que seront discutés et organisés les modalités de mise en œuvre du PAQ. Durant ces temps d'échanges, un pilote pour chaque action sera identifié, le tableau de suivi sera actualisé pour rendre compte des avancées des actions d'amélioration et, si nécessaire, de nouveaux objectifs seront définis. Il me paraît aussi important de réfléchir, en amont de la mise en œuvre de ce plan d'amélioration de la qualité, à d'autres modalités de participation des personnes accueillies au sein de la résidence Apollinaire.

La démarche d'amélioration continue de la qualité est un bon outil de management, je serai donc vigilante avec la chef de service, à ce que cette démarche ne s'essouffle pas dans le temps.

### **3.3.2 Du projet d'extension « hors les murs »**

#### A) Évaluation des actions pour la mise en œuvre du projet

Le projet d'extension « hors les murs » passe par un certain nombre d'actions à mettre en œuvre au préalable et qu'il faut aussi évaluer.

Pour l'évaluation interne et la réécriture du projet d'établissement, la chef de service et moi-même devons nous assurer que ces deux actions se réalisent avec la mise en place effective des groupes de travail, la participation des différents acteurs concernés, le nombre de regroupement et l'avancée du travail de production dans le respect des délais. La directrice de la qualité et le directeur du pôle valideront les deux documents. Le projet d'établissement sera par la suite validé par le conseil d'administration.

Pour les sessions d'analyse des pratiques professionnelles et les diverses formations à mettre en place, l'évaluation se fera au regard de la réalisation effective du programme de formations prévu dans le cadre du projet (nombre de formations, nombres de participants, avancée des réflexions). Il me paraît aussi important d'avoir le retour des professionnels sous forme de temps de réflexion collective ou d'enquêtes de satisfaction. Concernant la mise en place d'un travail en réseau, l'organisation sous forme de groupe de travail appelle la même évaluation que celle de l'évaluation interne par exemple. De plus, la signature de conventions pourra être aussi un autre indicateur d'évaluation de ce travail en réseau.

Dans le cadre de la réorganisation interne, les IRP seront bien sûr consultés. À mon niveau, je dois être vigilante à la réalisation effective des ajustements identifiés (réécriture fiche de poste de l'assistante sociale, etc.) et à l'efficacité de la nouvelle organisation mise en place avec l'ouverture à l'année de la résidence Apollinaire. J'accompagnerai aussi la chef de service dans ses tâches de planification et de recrutement et en vérifierai le bon déroulement. Il me paraît, là aussi, important d'évaluer la satisfaction du personnel vis-à-vis de cette nouvelle organisation, toujours sous forme de temps de réflexion collective ou d'enquêtes de satisfaction, mais aussi par l'analyse des éléments du bilan social afin de vérifier que le climat social ne se dégrade pas. De plus, les résidents étant impactés par cette nouvelle organisation, il me paraît aussi important d'avoir un retour de leur part sur ce sujet par des temps d'échanges collectifs ou d'enquêtes de satisfaction.

#### B) Évaluation des nouveaux modes d'accompagnement

Comme évoqué précédemment, des groupes de travail seront mis en place pour favoriser la réflexion et les échanges des professionnels de la résidence Apollinaire concernant les nouveaux modes d'accompagnement à inventer. L'évaluation de ces groupes de travail se fera à l'identique des autres groupes de travail concernant l'évaluation interne et la réécriture du projet d'établissement.

Dès la mise en œuvre de ce nouveau mode d'hébergement, l'accompagnement vers et dans le logement proposé par l'équipe de la résidence Apollinaire devra être évalué. Les modalités de cette évaluation seront à réfléchir en amont. Je pense que cela doit se faire en même temps que la réflexion sur les nouveaux modes d'accompagnement. Ainsi, la chef de service et l'équipe socio-éducative détermineront leurs propres indicateurs d'évaluation de leurs pratiques. En parallèle de l'autoévaluation des professionnels sur leurs pratiques, il me paraît important d'avoir un retour des premières personnes concernées par ce projet : les personnes accueillies dans ces logements diffus. Cette évaluation, plus qualitative pourra se faire sous forme de temps d'échanges collectifs ou

d'enquêtes de satisfaction. Cette double évaluation permettra d'ajuster l'accompagnement proposé au plus près des besoins.

Par la suite, l'équipe pourra construire un référentiel de bonnes pratiques. Il existe déjà beaucoup de documents de ce type. Par exemple, le *Référentiel d'auto-évaluation des prestations et services rendus*, rédigé par l'UNAF0 pour les résidences sociales, et qui rappelle que « l'évaluation porte sur le cadre institutionnel et l'organisation du travail, les pratiques collectives, les processus mis en place. En ce sens, elle porte sur le cadre permettant la relation entre un usager et un professionnel »<sup>140</sup>.

Pour ma part, je serai vigilante à ce que l'évaluation porte autant sur l'aspect qualitatif que quantitatif, et que cette dynamique d'auto-évaluation soit intégrée dans le PAQ de la résidence Apollinaire.

#### C) Le rapport d'activité, une évaluation annuelle

Chaque année, la résidence Apollinaire doit produire le rapport d'activité de l'année écoulée. C'est un moment important pour les professionnels du foyer d'hébergement car cela leur permet de faire le point sur les actions réalisées et si besoin de réajuster les actions futures.

Le rapport d'activité, élaboré à la suite de la mise en œuvre du nouveau mode d'hébergement pourrait être l'occasion de faire une première évaluation annuelle du projet d'extension « hors les murs ».

De plus, ce rapport qui met en valeur les actions réalisées par la résidence Apollinaire, est un véritable outil de communication auprès des familles, des partenaires et autres acteurs du secteur mais aussi du financeur. Il peut ainsi aider à justifier une future demande d'extension dans l'objectif de développer le projet.

### 3.3.3 Au final, l'évaluation externe

#### A) Rappels législatifs

La loi du 2 janvier 2002 institue aussi l'obligation de procéder à une évaluation externe tous les sept ans, et le décret du 15 mai 2007 (2007-975) fixe le contenu du cahier des charges.

L'ANESM rappelle que l'évaluation externe « porte de manière privilégiée sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les établissements et

---

<sup>140</sup> *Référentiel d'auto-évaluation des prestations et services rendus*, UNAF0, 2010, p. 5.

services, au regard d'une part, des missions imparties et d'autre part des besoins et attentes des populations accueillies »<sup>141</sup>.

D'après l'annexe 3-10 du CASF, les objectifs de l'évaluation s'articule autour de 3 axes :

- porter une appréciation globale ;
- examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne ;
- examiner certaines thématiques et des registres spécifiques.

#### B) L'évaluation finale du projet d'extension « hors les murs »

La précédente évaluation externe de la résidence Apollinaire a eu lieu en 2011. Dans le respect du cadre règlementaire, l'évaluation a abordé les 3 objectifs cités précédemment.

Les thématiques et registres spécifiques concernaient :

- les partenariats et l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur
- l'expression et la participation des usagers
- la dimension individuelle et collective de l'accompagnement
- la sécurité et la protection des personnes
- la gestion des ressources humaines

La prochaine évaluation externe de la résidence Apollinaire se fera quand le projet d'extension « hors les murs » aura un an de fonctionnement. Avec la directrice de la qualité, le directeur du pôle et la chef de service, j'élaborerai à cette occasion un projet évaluatif où le projet d'extension « hors les murs » sera aussi évalué. Par l'intervention d'un organisme extérieur habilité, toutes les dimensions du projet seront ainsi évaluées et cette évaluation externe pourrait donc servir d'évaluation finale.

#### C) La réactualisation du projet d'établissement

Le projet d'établissement et les évaluations internes et externes sont étroitement liés, l'un n'allant pas sans l'autre. Lors de la réécriture du projet d'établissement de la résidence Apollinaire, l'évaluation interne avait servi de base.

Ce sera aussi le cas pour la réactualisation du projet d'établissement puisqu'il interviendra à la suite de l'évaluation externe. Il conviendra alors de « nourrir le PE-PS par l'ensemble des réflexions qui accompagnent le processus d'évaluation et d'en intégrer les conclusions »<sup>142</sup>.

Les modalités d'organisation seront identiques à celles de la réécriture du projet d'établissement. Si on parle uniquement de réactualisation, c'est que ce travail d'écriture est un ajustement des objectifs et des pratiques.

---

<sup>141</sup> ANESM, Evaluation externe/Définition, [http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id\\_article=356](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=356).

<sup>142</sup> Recommandation de bonnes pratiques professionnelles *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, ANESM, décembre 2009, p. 17.

### 3.4 Plan de communication et échéancier du projet

#### 3.4.1 La communication interne

« L'information est bien le "carburant" qui permet aux établissements [...] de bien fonctionner ». La communication au sein de la résidence Apollinaire est un préalable à la réussite du projet et un support indispensable lors de son déroulé. Par la suite, elle favorisera le maintien d'un bon climat social pour le personnel et d'une bonne qualité de service pour les personnes accueillies. « L'information partagée permet un sentiment d'appartenance et nourrit un cohésion collective », tout en mobilisant les équipes. C'est grâce à une bonne politique de communication que nous pourrions garantir une adhésion au projet, à ses intérêts et à sa nécessité<sup>143</sup>.

##### A) L'information aux résidents et aux personnels

La communication interne au sein de la résidence Apollinaire est globalement efficace et s'est trouvée dernièrement améliorée par certaines actions. Dans le cadre du projet, je dois donc élaborer avec la chef de service une communication propre à ce dernier de type ascendante/descendante pour l'équipe de la résidence Apollinaire.

En dehors des professionnels du foyer d'hébergement, nous devons aussi informer et tenir informés les résidents et leurs familles. De plus, les différentes directions du siège, qui ont suivi le projet depuis le début, seront aussi informées régulièrement de la suite du projet.

Pour chaque cible de la communication interne, j'envisage dans un premier temps une réunion d'information où je présenterai le projet. Par la suite, un suivi régulier, dont la périodicité reste à définir, sera ensuite mis en place. Je prévois pour chacune de ces réunions des temps de questions/réponses.

Ci-dessous les cibles concernées par la communication interne :

Qui	Quand
Les différentes directions du siège	Réunion du Comité directeur qui a lieu une fois par mois
Le personnel de la résidence Apollinaire	Réunion d'équipe qui a lieu une fois par semaine
Les personnes accueillies à la résidence Apollinaire et leurs familles	Réunion institutionnelle de la résidence Apollinaire (obligatoire) qui a lieu une fois par semaine CVS (local et transversal) qui ont lieu une fois par trimestre

<sup>143</sup> MIRAMON J-M., PEYRONNET G., 2009, *Penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social*, Paris : Seli Arslan, p. 135.

## B) L'implication des Instances représentatives du personnel

Les IRP au sein de l'association Aurore sont les suivantes :

- Le CE : il y en a un seul pour toute l'association. Il se réunit au minimum une fois par mois sur convocation de l'employeur.
- Le CHSCT : il y en a plusieurs au sein de l'association (transversaux). Il se réunissent au minimum une fois par trimestre sur convocation de l'employeur.
- Les réunions des délégués du personnel : il y en a plusieurs au sein de l'association (dans chaque pôle). Ils se réunissent au minimum une fois par mois.

De part leurs missions, le directeur général convoquera le CE et le CHSCT pour les consulter sur le projet et la réorganisation interne que cela impliquera pour le personnel de la résidence Apollinaire. Le directeur du pôle et moi-même en assurerons la présentation. Un suivi régulier sera ensuite mis en place dont la périodicité reste à définir. En parallèle, le directeur du pôle et moi-même informeront les délégués du personnel du projet concernant la résidence Apollinaire. Après en avoir fait la présentation, un suivi régulier sera aussi mis en place dont la périodicité reste à définir.

En dehors de ces temps de réunion, je resterai bien sûr à la disposition des différents représentants pour organiser des visites sur site ou des rencontres avec le personnel pour que les IRP restent impliqués et informés en toute transparence.

### **3.4.2 La communication externe**

L'Association Aurore dispose d'une direction de la communication qui gère toute la communication externe. Elle élabore pour deux ans une stratégie qui respecte les orientations définies par le conseil d'administration. La communication externe est institutionnelle et stratégique. Elle a pour objectifs la notoriété de l'association, son image mais aussi sa visibilité sur un territoire donné. Elle ne doit donc pas être négligée dans le cadre du projet.

#### A) La répartition des missions de communication

Dans le cadre du projet, la communication auprès de notre financeur est réalisée par le directeur du pôle et moi-même avec pour objectif la validation du projet. C'est à la chef de service et à moi-même que revient par contre la mission d'informer par la suite nos partenaires. La direction de la communication interviendra comme support à chaque fois que nous en aurons besoin. De plus, c'est à la directrice de la communication que revient d'informer l'ensemble du personnel et les personnes accompagnées au sein de l'association mais aussi tous les acteurs institutionnels du territoire.

#### B) Les outils de communication

L'association Aurore par l'intermédiaire de sa direction de la communication, dispose de nombreux outils pour communiquer en interne et en externe. Parmi les outils les plus

utilisés nécessaires à la communication sur le projet, nous avons le site Internet de l'association, les lettres mensuelles ou un article dans une revue spécialisée.

### 3.4.3 Échéancier

#### A) 2015, l'année de démarrage

Depuis mon arrivée et pendant toute la durée du premier semestre 2015, le directeur du pôle et moi-même, avons régulièrement échangé avec le conseil d'administration de l'association et le financeur. L'objectif de ces nombreux échanges était de définir le cadre et missions du projet qui répondraient autant aux nouveaux besoins identifiés du public, qu'aux exigences du conseil d'administration que du financeur.

Après validation du projet par le conseil d'administration et le financeur, je me suis rapprochée de la directrice de la qualité pour construire ensemble un nouveau référentiel pour l'évaluation interne à venir. Ce référentiel a ensuite été validé par le directeur du pôle. En parallèle, j'ai commencé à communiquer sur le sujet auprès de l'équipe de la résidence Apollinaire mais aussi du siège et des IRP.

A partir du second semestre 2015, j'identifie le déroulé suivant :

<b>Actions</b>	<b>Acteurs concernés</b>
Premières communications auprès des personnes accueillies, des familles et des partenaires	Directrice, chef de service Elus du CVS
Réalisation de l'évaluation interne (sur six mois)	Directrice, chef de service Equipe au complet Résidents Partenaires

#### B) 2016, l'année de préparation

La première moitié de l'année sera plus axée sur la réflexion et l'évolution des pratiques professionnelles, alors que la seconde moitié de l'année servira à préparer effectivement le projet d'extension « hors les murs ».

Même si les groupes de travail sur les nouveaux modes d'accompagnement ne commenceront qu'au second semestre 2016, il est évident que cette réflexion s'amorcera dès la fin de l'année 2015 avec l'évaluation interne puis le projet d'établissement qui vont tous les deux réinterroger la notion d'insertion par le logement.

De plus, la mise en œuvre des sessions d'analyse des pratiques professionnelles commencera en 2016 et se poursuivra par la suite chaque année dans les mêmes conditions, soit une demi-journée par mois. Il en est de même pour le plan d'amélioration continue de la qualité. Ces deux actions n'apparaissent donc pas dans le déroulé 2016.

Pour le premier semestre 2016, j'identifie le déroulé suivant :

<b>Actions</b>	<b>Acteurs concernés</b>
Réécriture du projet de service (sur six mois)	Directeur du pôle, directrice, chef de service Equipe au complet Résidents Partenaires Validation par le conseil d'administration
Formations diverses Echanges avec des professionnels du secteur	Chef de service Equipe socio-éducative
Travail préparatoire pour le futur fonctionnement en réseau (identification des acteurs, RDV, etc.)	Directrice, chef de service Equipe socio-éducative Partenaires actuels
Ajustement concernant l'organisation interne (mise en place de remplacement externe, évolution des mi-temps à temps plein, clarification de la fiche de poste de l'assistante sociale, etc.)	Directrice, chef de service Equipe socio-éducative IRP

Pour le second semestre 2016, j'identifie le déroulé suivant :

<b>Actions</b>	<b>Acteurs concernés</b>
Mise en place des appartements (recherche, ameublement, etc.)	Chef de service Equipe socio-éducative
Mise en œuvre du travail en réseau	Chef de service Equipe socio-éducative Partenaires et acteurs actuels Nouveaux partenaires et acteurs
Réorganisation complète du service dont recrutement et mobilité interne (remplacement et création de postes)	Directeur du pôle, directrice, chef de service Equipe au complet IRP
Groupe de travail sur les nouveaux modes d'accompagnement (rencontres, visites, groupe de réflexion)	Directrice Chef de service Equipe socio-éducative
Etude et sélection des candidatures internes et externes pour les logements diffus	Chef de service Equipe socio-éducative Médecin psychiatre
Construction du nouveau budget 2017	Directeur du pôle, directrice Validation par la direction financière puis par le financeur
Premières communications externes auprès des différents partenaires de l'association et acteurs du secteur	Directrice de la communication Directeur du pôle, directrice Validation par le conseil d'administration

### C) 2017, l'année de mise en œuvre

Si le déroulé du projet ne prend pas de retard, l'ouverture des quatre nouvelles places externalisées aura lieu au début de l'année 2017. Cette première année de fonctionnement sera une année de tâtonnement pour les professionnels qui vont confronter tout le travail effectué en amont à la réalité du quotidien du projet d'extension « hors les murs ». J'envisage donc des points d'étapes trimestriels avec l'équipe socio-éducative afin d'ajuster l'accompagnement proposé aux personnes accueillies dans ses logements diffus.

La rédaction du rapport d'activité 2017 qui interviendra au premier trimestre 2018 sera l'occasion de faire le bilan de cette première année et l'évaluation externe qui suivra la même année permettra d'avoir un regard extérieur sur le projet. Elle servira de base à la réactualisation du projet d'établissement en 2019.

#### Conclusion de la troisième partie :

Le projet est de faire du foyer d'hébergement « résidence Apollinaire » une véritable étape intermédiaire dans le parcours de vie des personnes accueillies qui en ont le souhait. Pour cela, de nouvelles modalités d'hébergement doivent être développées sous la forme de logements diffus proche de la résidence Apollinaire.

Ce projet va nécessiter de nombreux changements, que ce soit pour les ressources humaines ou financières. Mais plus encore, il va modifier en profondeur les pratiques des professionnels du foyer d'hébergement. Ces modifications vont prendre du temps et doivent être accompagnées, avec pour finalité la mise en œuvre de nouveaux modes d'accompagnement pour répondre au mieux aux besoins des personnes accueillies.

L'évaluation de ce projet se fera avec les outils existants comme l'évaluation interne/externe mais aussi à l'aide de nouveaux outils qu'il faudra créer pour l'occasion. Dans le cadre de ce projet, un plan de communication externe et interne sera mis en œuvre et un échéancier réajustable permettra d'en suivre le déroulé durant les trois prochaines années.

## Conclusion

Depuis la loi du 11 février 2005 reconnaissant le handicap psychique, les pouvoirs publics tentent de favoriser des prises en charge globales de la personne en milieu ordinaire et/ou de développer des modalités d'accueil alternatives aux structures institutionnelles classiques dans le secteur du médico-social.

À travers ce mémoire, et l'exemple du foyer d'hébergement « résidence Apollinaire », nous pouvons constater que les foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés, acteurs à part entière dans l'insertion par le logement, doivent s'adapter, diversifier leurs modalités d'accueil, et faire évoluer leurs modalités d'accompagnement, afin de favoriser l'accès puis le maintien dans un logement autonome.

Avec ce projet, je repositionne le foyer d'hébergement comme une étape intermédiaire dans le parcours de vie des personnes accueillies afin de répondre aux nouveaux besoins identifiés. Dans le respect de leurs choix de vie, la résidence Apollinaire aura donc un rôle à jouer dans l'accès à la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique qu'elle accueille. Elle a pour cela toutes les ressources nécessaires pour mettre en œuvre les changements qui s'imposent, plus particulièrement dans les pratiques professionnelles.

En tant que directrice, je me dois « de prévoir et d'entreprendre ». Mon rôle est d'« accompagner des changements [afin] de permettre des transitions [...], d'engager parfois des ruptures dans les mentalités, les comportements, et de rompre avec les habitudes ». Pour cela, je dois tenir compte du fait que les établissements et services « tendent plus naturellement à leur conservation et à la simplification qu'à l'affrontement de l'incertitude et de la complexité »<sup>144</sup>.

Ce projet pourrait être la première étape dans le développement de nouvelles modalités d'accueil pour répondre au mieux aux besoins des personnes accueillies. En effet, la résidence Apollinaire est aussi confrontée au vieillissement du public accueilli, comme d'autres structures au sein de l'association Aurore.

D'ailleurs le Schéma d'organisation médico-sociale de l'Île-de-France, 2012-2017 identifie le vieillissement des personnes en situation de handicap comme un thème « stratégique au niveau national ». Pour les foyers d'hébergement, cette problématique se concrétise par « la perte d'autonomie de travailleurs handicapés en ESAT et en particulier quand ils

---

<sup>144</sup> LEFEVRE P., 2011, *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p. 194.

ne peuvent plus bénéficier de l'accueil en foyers d'hébergement »<sup>145</sup>. De fait, les personnes accueillies vieillissantes se retrouvent déracinées brutalement tant au niveau de leur activité que de leur hébergement.

Ce projet pourrait donc être l'occasion de transformer des places de foyer d'hébergement en foyer de vie. De cette manière, une continuité d'accueil pourrait être maintenue pour les personnes, prochainement à la retraite, qui le désirent.

En tant que directrice d'établissement médico-social, je suis convaincue que l'insertion par le logement est l'un des moyens d'accompagner la personne accueillie à l'accès à la citoyenneté. À travers cet accompagnement, les lieux de vie des personnes se doivent d'être en perpétuelle évolution pour s'ajuster au plus près des besoins et attentes. C'est notre engagement commun, celui des professionnels du secteur et des personnes accompagnées mais aussi celui des pouvoirs publics, qui est convoqué pour avancer concrètement vers l'égalité des chances pour tous.

---

<sup>145</sup> Schéma d'organisation médico-sociale de l'Ile-de-France, 2012-2017, pp. 56-57.

---

# Bibliographie

---

## **Textes législatifs et réglementaires :**

ORGANISATION DES NATIONS UNIES. Convention relative aux droits des personnes handicapées, 2006

UNION EUROPÉENNE. Charte sociale européenne révisée, 1996

UNION EUROPÉENNE. Traité d'Amsterdam, 1997

UNION EUROPÉENNE. Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 2000

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées [en ligne]. Journal Officiel (n° non trouvé) du 1<sup>er</sup> juillet 1975. [Visité le 20.07.15], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000333976>

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°82-526 du 22 juin 1982 relative aux droits et obligations des locataires et des bailleurs [en ligne]. Journal Officiel n°62 du 23 juin 1982. [Visité le 20.07.15], disponible sur Internet :

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000691739>

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs [en ligne]. Journal Officiel (n° non trouvé) du 8 juillet 1989. [Visité le 20.07.15], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069108>

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement [en ligne]. Journal Officiel n°127 du 2 juin 1990. [Visité le 20.07.15], disponible sur Internet :

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000159413>

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions [en ligne]. Journal Officiel n° 175 du 31 juillet 1998. [Visité le 20.07.15], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894>

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal Officiel n°2 du 3 janvier 2002. [Visité le 20.07.15], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460>

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [en ligne]. Journal Officiel n°190 du 17 août 2004. [Visité le 20.07.15], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [en ligne]. Journal Officiel n°36 du 12 février 2005. [Visité le 20.07.15], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647>

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion [en ligne]. Journal Officiel n°73 du 27 mars 2009. [Visité le 20.07.15], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020438861&dateTexte=20090327>

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. Journal Officiel n°167 du 22 juillet 2009. [Visité le 20.07.15], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux [en ligne]. Journal Officiel n°113 du 16 mai 2007. [Visité le 20.07.15], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000822015>

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Décret n°2014-565 du 30 mai 2014 modifiant la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]. Journal Officiel n°126 du 1<sup>er</sup> juin 2014. [Visité le 20.07.15], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029009835&categorieLien=id>

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Circulaire n°1960-03 du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales [en ligne]. Non parue au Journal Officiel. [Visité le 20.07.15], disponible sur Internet :

[http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes\\_officiels/Circulaire\\_15mars1960bis.pdf](http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_15mars1960bis.pdf)

FEHAP, Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951, juin 2014

### **Textes d'orientation et recommandations :**

Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être, 2008

Plan psychiatrie et santé mentale, 2011-2015

Schéma d'organisation médico-sociale de l'Île-de-France, 2012-2017

Schéma départemental pour l'autonomie et la citoyenneté des parisiens en situation de handicap, 2012-2016

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du CASF*, ANESM, mars 2008

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du CASF*, ANESM, avril 2009

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, ANESM, décembre 2009

Lettre de cadrage *Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques*, ANESM, Conseil d'orientation stratégique du 30 septembre 2014 et Conseil scientifique du 1<sup>er</sup> octobre 2014

### **Livres :**

BLOCH M-A., HENAUT L., 2014, *Coordination et parcours*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Dunod, 315 p.

CAMBERLEIN P., 2011, *Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France*, 3<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, pp. 7-44 et 401-423

DJAOUI E., 2008, *Intervenir à domicile*, 2<sup>ème</sup> édition, Rennes : Presses de l'EHESP, pp. 105-130 et 229-244

JAEGER M., 2006, *L'articulation du sanitaire et du médico-social*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 166 p.

JANVIER R., 2011, *Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale*, 1<sup>ère</sup> édition, Issy-les-Moulineaux : ESF, 128 p.

JANVIER R., 2012, *La fonction de direction en institution sociale et médico-sociale*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris : L'Harmattan, 201 p.

LEFEVRE P., 2011, *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale*, 3<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, pp. 327-387

MINTZBERG H., 2014, *Manager - l'essentiel : ce que font vraiment les managers... et ce qu'ils pourraient faire mieux*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Vuibert, 183 p.

MIRAMON J-M., PEYRONNET G., 2009, *Penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Seli Arslan, 186 p.

STIKER H-J., PUIG J., HUET O., 2014, *Handicap et accompagnement*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 192 p.

ZRIBI G., BEULNE T., 2009, *Les handicaps psychiques : concepts, approches, pratiques*, 1<sup>ère</sup> édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 212 p.

ZRIBI G., SARFATY J., 2008, *Handicapés mentaux et psychiques : vers de nouveaux droits*, 2<sup>ème</sup> édition, Rennes : Editions EHESP, 127 p.

### **Rapports :**

AUTHIER J-Y., *Etat des lieux sur les trajectoires résidentielles*, PUCA, avril 2010, pp.3-19

CHARZAT M., *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*, remis à Mme Ségolène ROYAL, ministre délégué à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, mars 2002, 138 p.

CHOSSY J-F., *Passer de la prise en charge ... à la prise en compte*, remis à Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre des solidarités et de la cohésion sociale, novembre 2011, pp. 11-17

FOND-HARMANT L., SANTERRE H., SANTINA-DEUTSCHLE S., *AML-Europe : Accompagnement et maintien dans le logement des personnes en situation de handicap psychique, enjeux, plaidoyer et recommandations issus de l'expérience de 6 pays européens*, Centre de recherche public, juin 2014, 55 p.

MAKDESSI Y., MORDIER B., *Les établissements et services pour adultes handicapés – résultats de l'enquête ES 2010*, document de travail série statistiques DREES, n°180, mai 2013, pp. 151-184

PIEL E., ROELANDT J-L., *De la psychiatrie vers la santé mentale*, remis à Mme Elisabeth GUIGOU, ministre de l'emploi et de la solidarité, juillet 2001, 86 p.

ROBILIARD D., *Examen du rapport d'information établi en conclusion des travaux de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie adoptée par celle-ci le 10 décembre 2013* (document provisoire), Commission des affaires sociales, décembre 2013, 117 p.

*A quoi peut donc servir un nouveau terme face à un ancien problème ? Le cas du « handicap psychique »*, module interprofessionnel de santé publique, EHESP, 2013, 71p.

*Evolution structurelle du secteur médico-social : quels changements pour les cadres intermédiaires ?*, module interprofessionnel de santé publique, EHESP, 2015, 63 p.

*Guide des pratiques partagées d'accompagnement vers et dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques*, Fédération Nationale AGAPSY en partenariat avec la CNSA, septembre 2012, 181 p.

*Guide méthodologique Démarche qualité – évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire*, DGAS, mars 2004, pp. 1-15

*La reconnaissance légale du handicap psychique : quels effets sur le terrain ? Quels nouveaux outils pour favoriser l'inclusion socioprofessionnelle des personnes en souffrance ?*, module interprofessionnel de santé publique, EHESP, 2009, 71 p.

*Référentiel d'auto-évaluation des prestations et services rendus*, UNAFO, 2010

### **Articles et revues :**

ARVEILLER J-P., JOST-DALIFARD F., 2011, « La capacité à habiter peut-elle s'évaluer ? A propos d'une expérience de secteur », *Pratiques en santé mentale*, n°4, pp. 17-22

CORMIER H., février 2007, « Des "maisons" pour se donner le temps de l'autonomie », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2495, pp. 47-48

DELBECQ J., WEBER F., MILANO S., HENCKES N., ESCAIG B., CANNEVA J., 2009, « Handicap psychique et vie quotidienne », *Revue française des Affaires sociales*, 63<sup>ème</sup> année, pp. 7-40, 85-93 et 233-235

DELHON L., septembre 2014, « Handicap psychique et logement : le rôle-clé de l'accompagnement », *Lien social*, n°1147, pp. 24-28

LOUBAT J-R., MICHIT R., KLOTZ V., juillet/août 2013, « Transitions, continuité et ruptures dans les parcours individuels de prise en charge : impacts sur les trajectoires de vie », *Les cahiers de l'Actif*, n°446-447, pp. 7-19 et 39-56

MATHIEU L., ROLLIER Y., BROUDIC J-Y., JAEGER M., DUMONT R., mai/juin 2003, « Travail en réseau et territoires d'action », *Les cahiers de l'Actif*, n°324/325, pp. 11-57 et 69-100

PACHOUD B., 2012, « Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes », *L'information psychiatrique*, vol. 88, n°4, pp. 257-266

SEDRATI DINET C., février 2015, « Handicap psychique : reconnu, mais toujours méconnu », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2896, p. 29

VIDAL-NAQUET P.A., STIKER H-J., BARREYRE J-Y., PEINTRE C., 2009, « Handicap psychique et insertion sociale », *Vie sociale*, n°1, pp. 13-29 et 51-93

Circulaire économique, mai-juin 2014, supplément *Perspectives Sanitaires & Sociales*, FEHAP, n°2014-004, 13 p.

### **Documents électroniques et sites Internet :**

ANESM, Evaluation externe/Définition [visité le 20.07.15] disponible sur Internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id\\_article=356](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=356)

DRIHL, Se loger : délai d'attente [visité le 20.07.15] disponible sur Internet : <http://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/delai-d-attente-a2367.html>

OMS, site Internet [visité le 20.07.15] disponible sur Internet : <http://www.who.int/fr/>

SERFATY-GARZON P., Le Chez-soi : habitat et intimité [visité le 20.07.15] disponible sur Internet : <http://www.perlaserfaty.net/texte7.htm>

UNAFAM, site Internet [visité le 20.07.15] disponible sur Internet : <http://www.unafam.org>

Vie publique, La difficile application du droit au logement [visité le 20.07.15] disponible sur Internet : <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/logement-social/droit-logement/>

### **Documents internes à l'association Aurore :**

Charte de l'association Aurore, 2014

Evaluation externe du foyer d'hébergement « résidence Apollinaire », 2011

Evaluation interne du foyer d'hébergement « résidence Apollinaire », 2008

Projet d'établissement du foyer d'hébergement « résidence Apollinaire », septembre 2011

Rapport d'activité de l'association Aurore, 2014

Rapport d'activité du foyer d'hébergement « résidence Apollinaire », 2014

---

## Liste des annexes

---

Annexe n°1 :	p. II
Implantation des différents établissements et services de l'association Aurore	
Annexe n°2 :	p. II
Organigramme de l'association Aurore	
Annexe n°3 :	p. III
Organigramme du pôle accueils et soins psychiques	
Annexe n°4 :	p. III
Organigramme du foyer d'hébergement « résidence Apollinaire »	
Annexe n°5 :	p. IV
Les personnes accueillies à la résidence Apollinaire en 2015	
Annexe n°6 :	p. VI
Les personnes sorties de la résidence Apollinaire depuis 2011	
Annexe n°7 :	p. VIII
Les nouveaux candidats pour entrer à la résidence Apollinaire depuis 2011	
Annexe n°8 :	p. IX
Détail des différents calculs	

## Annexe n°1

### Implantation des différents établissements et services de l'association Aurore

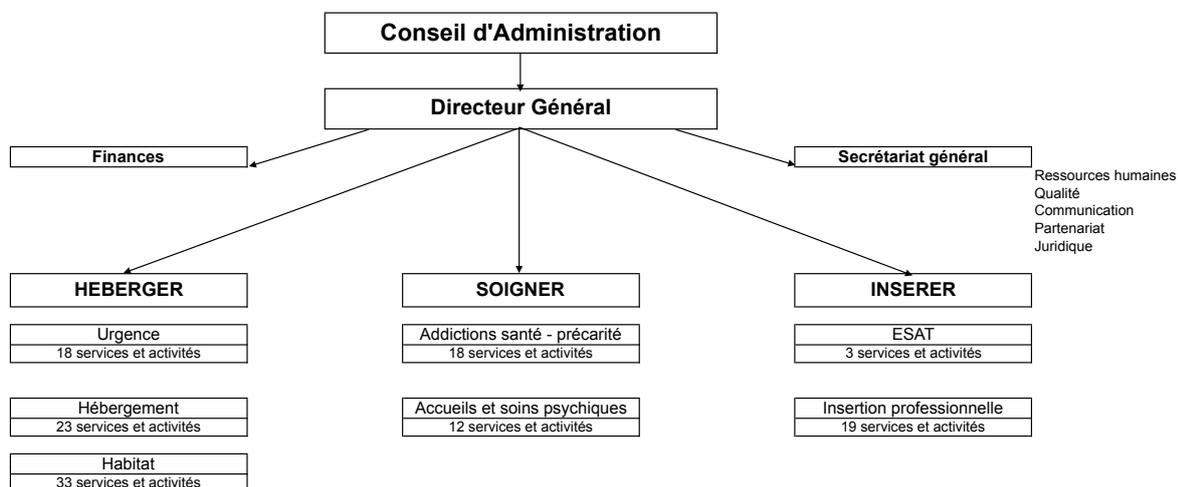
(Extrait du rapport d'activité de l'association Aurore, 2014)



## Annexe n°2

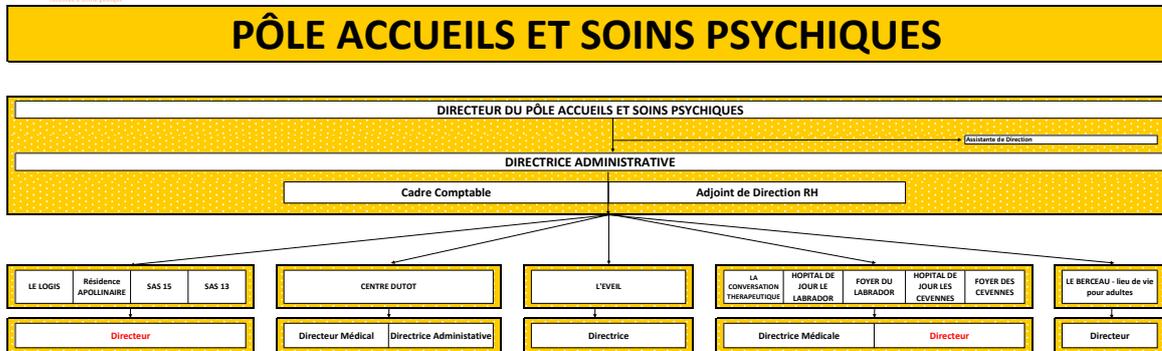
### Organigramme de l'association Aurore

(Extrait du rapport d'activité de l'association Aurore, 2014)



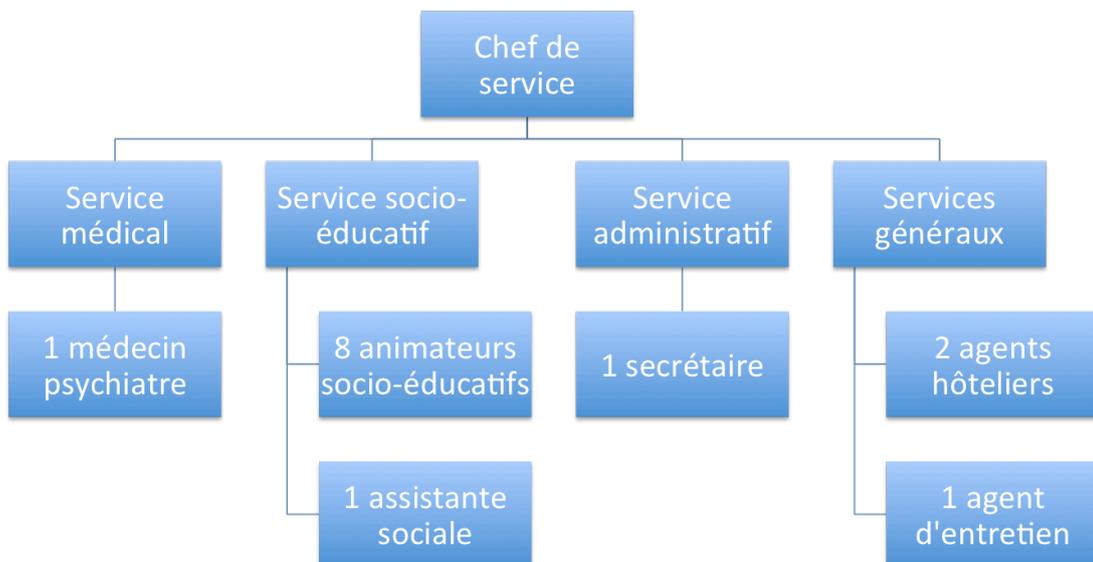
### Annexe n°3

#### Organigramme du pôle accueils et soins psychiques (Document interne association Aurore, document simplifié)



### Annexe n°4

#### Organigramme du foyer d'hébergement « résidence Apollinaire » (Extrait du projet d'établissement du foyer d'hébergement « résidence Apollinaire »)



## Annexe n°5

### Les personnes accueillies à la résidence Apollinaire en 2015

Caractérisation du public accueilli (en %) :

Selon le sexe :	National	Résidence Apollinaire
Homme	60,0	68,2
Femme	40,0	31,8
	100,0	100,0

Selon l'âge :	National	Résidence Apollinaire
Moins de 20 ans	0,7	0,0
De 20 à 29 ans	22,7	4,6
De 30 à 39 ans	22,9	22,7
De 40 à 49 ans	28,6	45,5
De 50 à 59 ans	22,2	22,7
60 ans et plus	2,9	4,6
	100,0	100,0

Moyenne d'âge (en année)	
40,2	44,5

Durée de l'accompagnement	National	Résidence Apollinaire
Moins de 1 an	8,7	0,0
De 1 à 5 ans	30,0	59,1
De 6 à 10 ans	16,9	18,2
De 11 à 15 ans	12,5	4,5
De 16 à 20 ans	10,2	18,2
20 ans et plus	21,6	0,0
	100,0	100,0

Moyenne durée de l'accompagnement (en année)	
11,6	6,9

Les chiffres nationaux sont issus du rapport :

MAKDESSI Y., MORDIER B., Les établissements et services pour adultes handicapés – résultats de l'enquête ES 2010, document de travail série statistiques DREES, n°180, mai 2013, pp. 151-184

## Annexe n°5 (suite)

### Les personnes accueillies à la résidence Apollinaire en 2015

Le souhait d'accéder à un logement autonome :

Nom prénom	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		

Légende :

	La personne n'est pas présente à la résidence
pas de projet	Le projet individualisé n'a pas encore été mis en œuvre
	Aucune mention d'un projet de logement dans les souhaits et objectifs du projet individualisé de la personne
souhait	Mention d'un projet de logement dans les souhaits de la personne
objectif	Mention d'un projet de logement dans les objectifs du projet individualisé, suite au souhait exprimé

La temporalité du projet de logement :

Nom prénom	Année d'entrée	Demande de logement social réalisé	Date 1ère demande	Date dernière demande	Raisons de la non demande initiale	Raisons du non renouvellement de la demande
1	2011	NON			issu d'un lgt autonome	
2	1999	OUI	2007	2015		
3	2013	NON			NR	
4	2000	NON			projet retraite	
5	1999	NON			NR	
6	2013	OUI	2010	2015		
7	2011	OUI	2010	2015		
8	1999	OUI	2004	2009		refus appart en 2009
9	2005	OUI	2004	2014		endettement
10	2014	OUI	2012	2015		
11	2010	NON			NR	
12	2012	NON			famille porte le projet	
13	2013	OUI	2014	2015		
14	1999	OUI	2002	2005		refus appart en 2005
15	2011	NON			NR	
16	2006	OUI	2009	2015		
17	2012	NON			issu d'un lgt autonome	
18	2012	NON			proprio d'un appart	
19	2006	NON			projet retraite	
20	2009	NON			NR	
21	2010	OUI	2007	2015		
22	2014	NON			issu d'un lgt autonome	

## Annexe n°6

### Les personnes sorties de la résidence Apollinaire depuis 2011

Caractérisation du public sorti depuis 2011 :

Selon le sexe :	National	Résidence Apollinaire	
	en %	nombre	en %
Homme	59,0	10,0	66,7
Femme	41,0	5,0	33,3
	100,0	15,0	100,0

Selon l'âge :	National	Résidence Apollinaire	
	en %	nombre	en %
De 18 à 25 ans	15,2	1,0	6,7
De 26 à 35 ans	23,3	6,0	40,0
De 36 à 45 ans	18,7	3,0	20,0
De 46 à 55 ans	20,6	3,0	20,0
De 56 à 60 ans et plus	22,2	2,0	13,3
	100,0	15,0	100,0

Selon le mode d'hébergement choisi à la sortie	National	Résidence Apollinaire	
	en %	nombre	en %
Famille/amis	25,7	5,0	33,3
Foyer de vie, MAS, EHPAD, ...	30,0	4,0	26,7
Établissement de santé (foyer postcure, HP)	6,6	2,0	13,3
Foyer d'hébergement	2,3	1,0	6,7
Logement accompagné/adapté (résidence accueil)	3,0	2,0	13,3
Logement autonome	4,0	1,0	6,7
Autres	28,4	0,0	0,0
	100,0	15,0	100,0

Les chiffres nationaux sont issus du rapport :

MAKDESSI Y., MORDIER B., Les établissements et services pour adultes handicapés – résultats de l'enquête ES 2010, document de travail série statistiques DREES, n°180, mai 2013, pp. 151-184

## Annexe n°6 (suite)

### Les personnes sorties de la résidence Apollinaire depuis 2011

Des facteurs favorisant la sortie :

Nom prénom	Ancienneté	Présence familiale sur laquelle prendre appui	Etre en situation d'emploi	Participer à des activités à l'extérieur du foyer d'hébergement	Partir en vacances avec des organismes adaptés ou non	Avoir un suivi régulier de ses soins psychiques	N'avoir eu aucune hospitalisation psychiatrique depuis son installation au foyer d'hébergement	Total (sur 6)
1	4		1	1	1	1	1	5
2	16		1		1	1		3
3	2		1		1	1	1	4
4	15		1	1		1	1	4
5	16		1	1	1	1	1	5
6	2		1			1		2
7	4		1	1	1	1	1	5
8	16		1		1	1	1	4
9	10		1	1		1	1	4
10	1		1			1	1	3
11	5		1		1	1	1	4
12	3	1	1	1		1	1	5
13	2		1			1	1	3
14	16		1			1	1	3
15	4		1	1	1	1	1	5
16	9		1		1	1	1	4
17	3		1			1	1	3
18	3	1	1		1	1	1	5
19	9		1	1	1	1	1	5
20	6		1		1	1	1	4
21	5	1	1			1	1	4
22	1	1	1			1	1	4

## Annexe n°7

### Les nouveaux candidats pour entrer à la résidence Apollinaire depuis 2011

Caractérisation des nouveaux candidats (en %) :

Selon le sexe :	National	Résidence Apollinaire
Homme	61,5	67,5
Femme	38,5	32,5
	100,0	100,0

Selon l'âge :	National	Résidence Apollinaire
De 18 à 25 ans	42,7	19,0
De 26 à 35 ans	22,4	24,0
De 36 à 45 ans	18,1	31,0
De 46 à 55 ans	13,1	12,0
De 56 à 60 ans et plus	3,6	8,0
NR	0,0	6,0
	100,0	100,0

Origine de la demande :	National	Résidence Apollinaire
Famille / candidature spontanée		15,9
Foyer postcure, CMP, hôpital psychiatrique		28,3
ESAT		14,0
Foyer d'hébergement		23,5
SAVS		9,1
Autres		3,2
NR		6,0
	0,0	100,0

Les chiffres nationaux sont issus du rapport :

MAKDESSI Y., MORDIER B., Les établissements et services pour adultes handicapés – résultats de l'enquête ES 2010, document de travail série statistiques DREES, n°180, mai 2013, pp. 151-184

## Annexe n°8

### Détail des différents calculs

#### **2.1.1 B) Ses ressources financières**

Calcul de l'activité : nb de jour d'ouverture x nb de place x taux d'occupation = 344 x 23 x 94,79% = 7 500 journées

Coût annuel à la place : total charges / nombre de places = 948 223 / 23 = **41 227 euros**

Prix de journée : produit groupe 1/activité = 887775 (budget 2014) / 7500 = **118,37 euros**

#### **3.2.2 C) Une organisation interne à repenser complètement**

Calcul des embauches supplémentaires de personnel des services généraux :

L'ouverture trois semaines supplémentaires de la résidence Apollinaire et la nouvelle gestion de 3 appartements proches du foyer d'hébergement va avoir un impact sur les services généraux de l'établissement dont les agents hôteliers et techniques font partie. Je fais l'hypothèse d'une augmentation de **0,30 ETP** pour absorber cette nouvelle charge de travail.

Calcul des embauches supplémentaires de personnel socio-éducatif :

Une semaine-type se décompose comme suit :

<b>Lundi à vendredi</b>	<b>Samedi et dimanche</b>
22h à 16h : 1 personne 16h à 22h : 2 personnes	22h à 9h : 1 personne 9h à 22h : 2 personnes
Total heures : 5j x 18h x 1pers = 90 heures 5j x 6h x 2pers = 60 heures donc 150 heures	Total heures : 2j x 11h x 1pers = 22 heures 2j x 13h x 2pers = 52 heures donc 74 heures
<b>TOTAL PAR SEMAINE : 224 HEURES</b>	

Avec 3 semaines supplémentaires d'ouverture de la résidence Apollinaire : 3 x 224 = 672h

Avec l'ouverture de 4 places supplémentaires externalisées (prévision d'un animateur en plus de 16h à 22h en semaine toute l'année) : 52sem x 5j x 6h = 1560h

Ce qui fait un total de 2 232 heures. Sachant qu'un ETP correspond à 1607 heures, avec 2232 heures cela fera **1,40 ETP supplémentaires**

#### **3.2.3 A) Affectation du résultat exceptionnel de l'année 2014**

Pour les investissements :

Les montants des différents ameublements des logements sont basés sur les tarifs affichés sur le site Internet d'IKEA. Les montants du matériel informatique sont basés sur les tarifs affichés sur le site Internet de DARTY.

Pour les formations et sessions d'analyse des pratiques professionnelles :

Les montants sont basés sur un coût moyen d'une intervention par jour de 1 200 euros. Ce coût moyen a été déterminé après renseignement auprès de centres de formation comme l'IRTS.

### **3.2.3 B) De nouvelles charges à prévoir**

Dotation aux amortissements (pour les 3 premières années) :

<b>Acquisition</b>	<b>Montant</b>	<b>Durée</b>	<b>Date de mise en service</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Mobilier	10 000 euros	10 ans	01/01/2017	1000 euros	1000 euros	1000 euros
Matériel informatique	1 500 euros	2 ans	01/01/2017	750 euros	750 euros	0
				<b>1750 euros</b>	1750 euros	1000 euros

Loyers charges comprises :

Les montants sont basés sur les loyers affichés sur plusieurs sites Internet immobilier qui proposent des logements proches de la résidence Apollinaire.

Studio : 800 euros x 2 x 12 mois = 19 200 euros

Appartement pour 2 personnes : 1 500 x 12 mois = 18 000 euros

**Total annuel des loyers : 37 200 euros**

Autres charges :

Ce sont des charges non comprises dans les loyers comme par exemple l'électricité. L'hypothèse choisie est un montant de 100 euros par mois et par studio et de 200 euros par mois pour l'appartement pour 2 personnes.

$100 \times 2 \times 12 + 200 \times 12 = 2\,400 + 2\,400 = \mathbf{4\,800\ euros}$

Budget vie quotidienne du résident :

Ce budget est une aide financière de la résidence Apollinaire pour les résidents hébergés dans les logements diffus. Cette aide servira principalement aux dépenses alimentaires. Après renseignements auprès d'établissements qui proposent des hébergements en logements diffus, le choix est fait d'un montant de 250 euros par mois et par personne.

$250 \times 4 \times 12 = \mathbf{12\,000\ euros}$

Embauche de personnel des services généraux :

D'après la convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951, le coefficient pour un ouvrier des services logistiques niveau 1 (ouvrier d'entretien) est de 329.

D'après la circulaire économique n°2014-004 du 1<sup>er</sup> juillet 2014 de la FEHAP, la valeur du point pour 2015 est de 4,403. L'hypothèse est qu'il reste à l'identique en 2017.

Le calcul du salaire brut est donc le suivant :  $329 \times 4,403 = 1\,449\ euros$

Auquel, on rajoute :

- La prime décentralisée (5% du salaire brut) :  $1\,449 \times 5 / 100 = 72$  euros
- Les charges patronales (55% du salaire brut) :  $1\,449 \times 55 / 100 = 797$  euros

Donc le salaire annuel total est :  $(1\,449 + 72 + 797) \times 12 = 2\,318 \times 12 = 27\,816$  euros

Le salaire annuel total pour un ETP (sans ancienneté) est de 27 816 euros, donc pour 0,30 ETP, le salaire annuel total est de 8 345 euros, arrondi à **8 350 euros**.

Embauche de personnel socio-éducatif :

D'après la convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951, le coefficient pour un éducateur spécialisé est de 479.

D'après la circulaire économique n°2014-004 du 1<sup>er</sup> juillet 2014 de la FEHAP, la valeur du point pour 2015 est de 4,403. L'hypothèse est qu'il reste à l'identique en 2017.

Le calcul du salaire brut est donc le suivant :  $479 \times 4,403 = 2\,109$  euros

Auquel, on rajoute :

- La prime décentralisée (5% du salaire brut) :  $2\,109 \times 5 / 100 = 105$  euros
- Les charges patronales (55% du salaire brut) :  $2\,109 \times 55 / 100 = 1\,160$  euros

Donc le salaire annuel total est :  $(2\,109 + 105 + 1\,160) \times 12 = 3\,374 \times 12 = 40\,488$  euros

Le salaire annuel total pour un ETP (sans ancienneté) est de 40 488 euros, donc pour 1,40 ETP, le salaire annuel total est de 56 683 euros, arrondi à **56 700 euros**.

### **3.2.3 B) Un nouveau budget d'établissement à construire**

En 2017, la résidence Apollinaire ouvrira 365 jours par an pour 27 places. Le taux d'occupation reste identique.

Activité en 2017 :  $365 \times 27 \times 94,79\% = 9\,340$  journées

Activité en 2014 : 7 500 journées

L'augmentation est donc de  $9\,340 - 7\,500 = 1\,840$  journées

Ce qui correspond à  $1\,840 / 7\,500 \times 100 = 24\%$  d'augmentation

En 2014, le total des produits est de 948 233 euros. En 2017, on aura donc une augmentation de 24%, soit  $948\,233 \times 24\% = 227\,575$  euros

USCLADE

Céline

09 / 2015

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement  
ou de service d'intervention sociale**

**ETABLISSEMENT DE FORMATION: IRTS Paris – IDF**

**DÉVELOPPER LES PARCOURS RÉSIDENTIELS DES PERSONNES EN  
SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE ACCUEILLIES EN FOYER  
D'HÉBERGEMENT**

***Résumé :***

Depuis la loi du 11 février 2005 reconnaissant le handicap psychique, les pouvoirs publics tentent de favoriser des prises en charge globales de la personne en milieu ordinaire et/ou de développer des modalités d'accueil alternatif aux structures institutionnelles classiques. Pour que les foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés deviennent des acteurs à part entière dans l'insertion par le logement, ils doivent diversifier leurs modalités d'accueil et faire évoluer leurs modalités d'accompagnement.

La résidence Apollinaire est un foyer d'hébergement géré par l'association Aurore. Depuis quelques années, certains résidents et nouveaux candidats expriment le souhait d'accéder à un logement autonome. Afin de favoriser l'accès puis le maintien dans un logement, la résidence Apollinaire va donc devenir une étape intermédiaire dans le parcours de vie des personnes accueillies en proposant un accueil dans des logements diffus proches, mais aussi en modifiant les pratiques des professionnels et en développant un travail en réseau.

***Mots clés :***

HANDICAP PSYCHIQUE, INCLUSION, PARCOURS DE VIE, FOYER D'HÉBERGEMENT, INSERTION PAR LE LOGEMENT, TRAVAIL EN RESEAU

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*